

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juillet 1896, à 9 heures

PAR

HENRY LEMÈME

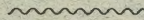
Né à Port-Louis (Ile Maurice) le 25 Février 1871

DE

L'HYDARTHROSE INTERMITTENTE

ET DE SON

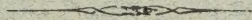
TRAITEMENT CHIRURGICAL



Président : M. BERGER, Professeur

Juges : MM.

{	MONOD	{	Agrégés
	WALTHER		
	POIRIER		



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

1896

513

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juillet 1896, à 9 heures

PAR

HENRY LEMÈME

Né à Port-Louis (Ile Maurice) le 25 Février 1871

DE

L'HYDARTHROSE INTERMITTENTE

ET DE SON

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Président : M. BERGER, Professeur

Juges : MM. { MONOD
WALTHER } *Agrégés*
POIRIER }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

1896

513

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. BROUARDEL.
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		N.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale.		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		TERRIER.
Pharmacologie		LOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale		BANDOUZY.
Hygiène		LROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée		STRAUS.
		N.
Clinique médicale		JOTAIN.
		ACCOUD.
		HAYEM.
Clinique des maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.		RAYMOND.
		BERGER.
Clinique chirurgicale.		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchement		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires :

M. PAJOT

Agrégés en service :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER	MENETRIER	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	NELATON	THIERY
ANDRE	GILLES DE LA	NETTER	THOINOT
BAR	TOURETTE	POIRIER, chef des	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	travaux anatomi-	VARNIER
BROCA	HARTMANN	ques.	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	RETTERER	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RICARD	WIDAL
CHASSEVENT	LETULLE	ROGER	WURTZ
DELBET	MARFAN		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Mon meilleur ami, mon conseiller le plus sage et qui a toujours été pour moi un exemple d'honneur, je dédie cette thèse, bien faible témoignage de mon respect filial et de ma sincère reconnaissance.

A mon président de thèse,
M. LE PROFESSEUR PAUL BERGER

Professeur de clinique chirurgicale de la Pitié
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

Hommage respectueux.

A MON MAITRE M. LE DOCTEUR CHARLES MONOD

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital St-Antoine
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

Humble hommage d'un élève reconnaissant.

A MON MAITRE M. LE DOCTEUR CHARLES WALTHER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux.

Hommage d'une profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

C'est à la fin de nos études médicales, que le souvenir des excellentes leçons que nous ont prodiguées, avec un zèle et une bonté infatigables, nos maîtres dans les hôpitaux, revient avec reconnaissance à notre mémoire.

Qu'ils nous permettent de leur adresser notre gratitude la plus sincère et nos hommages les plus respectueux. Nous tenons à leur assurer notre plus entier dévouement, bien faible témoignage rendu à leur haute science et à leur inépuisable zèle.

M. le docteur Monod, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine, a bien voulu nous faire profiter de ses magistrales leçons cliniques. C'est à son école que nous avons appris à examiner un malade ; il nous a montré le soin que l'on doit apporter à tout pansement chirurgical, nous a initié à l'antisepsie la plus rigoureuse.

Il fut pour nous un maître indulgent et un guide sûr que nous avons toujours consulté en maintes circonstances. C'est grâce à son obligeance que nous avons pu mener ce travail à bien ; car il nous en a fourni le plus précieux des éléments, en nous permettant de publier une observation inédite, prise dans son service et en nous aidant de ses conseils. Notre reconnaissance est sans bornes pour notre premier maître ; qu'il soit persuadé de notre attachement le plus profond ; nous tenons à lui

adresser tous nos remerciements, car jamais nous ne nous sommes adressé en vain à sa bienveillance.

Nous avons eu le bonheur d'être l'élève de M. Walther, professeur agrégé à la Faculté de Médecine ; nous avons pu apprécier sa haute science et son inépuisable bonté. Il sait que nous profitons toujours avec le plus grand intérêt de ses savantes leçons à la consultation de l'Hôpital Saint-Antoine.

Nous avons suivi avec beaucoup de profit les cliniques que MM. Quénu et Sebileau, professeurs agrégés, faisaient au lit des malades à l'Hôpital Cochin. MM. Hanot professeur agrégé, Faisans et Ferrand nous ont appris et la pathologie interne et la façon d'appliquer son étude à la clinique.

Dans les services d'accouchement de MM. Ribemont-Dessaignes et Bar, nous avons appris la science de la gynécologie et de l'obstétrique.

Nous avons eu l'heureuse occasion d'entendre les si intéressantes leçons de M. le professeur Guyon, sur les maladies des voies urinaires.

C'est à la consultation de M. Hallopeau, à l'Hôpital Saint-Louis, que nous avons appris à connaître les maladies cutanées et syphilitiques. M. le docteur Simon nous a montré dans ses cours, les particularités cliniques et thérapeutiques des maladies de l'enfance.

Nous avons toujours recueilli avec le plus grand fruit les excellentes leçons de nos professeurs de clinique, à la Faculté de Médecine de Paris : MM. les professeurs Tillaux, Duplay, Berger, Terrier, Dieulafoy et Fournier et nous tenons ici à leur en témoigner notre grande reconnaissance.

Que notre maître, M. le docteur Henri Lorans, médecin en chef de l'Hôpital de l'Asile Barkly à l'île Maurice, qui a guidé nos premiers pas dans la carrière médicale, reçoive l'assurance de notre reconnaissance ; nous n'avons pas oublié les excellents principes qu'il nous avait donnés.

Nous adressons nos remerciements les plus sincères à M. Macaigne, chef du laboratoire du service de M. le docteur Monod ; à M. Chabry, interne en médecine du même service ; ainsi qu'à M. Ménu, interne en pharmacie, pour la gracieuseté avec laquelle ils ont mis leurs recherches à notre disposition.

Nous savons tout l'honneur que nous fait M. le professeur Berger, en acceptant la présidence de notre thèse ; qu'il reçoive l'assurance de nos hommages et notre gratitude la plus profonde.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

HISTORIQUE ET DÉFINITION

Parmi les variétés d'hydarthroses, il en est une, qui, par son processus curieux et absolument spécial, constitue une maladie tout à fait particulière et mérite par son intérêt une étude un peu approfondie : l'hydarthrose intermittente.

Nous devons à notre maître M. le Dr Charles Monod les plus sincères remerciements pour les conseils qu'il a bien voulu nous prodiguer et principalement pour le choix du sujet de ce travail. C'est en effet dans son magnifique service de chirurgie de l'hôpital Saint-Antoine que nous avons pu recueillir l'observation complète d'une malade atteinte de cette affection peu commune.

Les conseils de notre maître, l'étude détaillée de l'histoire de cette malade, joints aux relations que nous avons pu trouver dans les observations déjà publiées, vont nous permettre d'esquisser les grands traits de cette entité morbide.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, quelques considérations seront nécessaires pour nous permettre d'arriver à une définition claire.

Hydarthrose intermittente. — Si nous analysons ces deux termes nous avons les deux grands caractères de la maladie.

L'Hydarthrose est un épanchement de liquide dans une articulation, ce liquide étant de la sérosité, véritable

exsudat de la synoviale qui tapisse les surfaces articulaires; l'épanchement n'est pas constitué par du sang ni du pus. Il n'a jamais été décrit d'hémarthrose ni de pyarthrose revêtant le caractère d'intermittence.

Intermittente : deuxième caractère de la maladie, doit être pris dans le sens de : se reproduisant à intervalle régulier, par accès pour employer le terme consacré dans l'étude de la fièvre intermittente.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que cette variété d'hydarthrose ne soit qu'une manifestation du paludisme se localisant à la synoviale des articulations, se produisant avec ses trois stades classiques : frissons, chaleur et sueur, s'accompagnant d'élévation thermique, d'état général spécial.

Cette qualité d'intermittence a été donnée à cette variété d'hydarthrose, absolument comme elle a été donnée au symptôme fièvre dans l'impaludisme; elle signifie simplement : caractère spécial que prend la marche de la maladie qui procède par poussées périodiques et régulières, n'étant pas du tout sous la dépendance nosologique de la grande classe des affections engendrées par les miasmes maremmatiques.

Ainsi certains auteurs qui ont eu l'occasion d'observer des malades atteints d'hydarthrose intermittente, ont-ils voulu lui donner un nom qui la spécialise encore davantage.

M. le Professeur Panas, qui en France en fit le premier une étude spéciale, d'après quelques observations publiées par MM. les Professeurs Le Dentu et Verneuil, et d'après l'examen d'une de ses malades qu'il pût complètement observer, proposa le nom « hydarthrose arthritique

intermittente» montrant bien ainsi que le qualificatif intermittent ne signifie pas du tout paludisme et séparant encore l'hydarthrose intermittente des hydarthroses dites « à répétition ».

Ces dernières font partie d'une variété d'épanchements qui se reproduisent sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque : traumatisme, fatigue, etc., dans une articulation déjà atteinte d'hydarthrose ; cette répétition n'étant qu'une phase aiguë dans le cours d'une hydarthrose chronique, que l'épanchement ait simplement diminué ou qu'il ait totalement disparu entre deux atteintes successives.

Ce qui distingue l'hydarthrose intermittente de l'hydarthrose à répétition, c'est dans cette dernière le manque de périodicité régulière. De plus, l'hydarthrose peut être à répétition dans nombre de cas d'hydarthroses chroniques, et surtout symptomatiques, sous la dépendance de la tuberculose, de la syphilis par exemple ; tandis que l'hydarthrose intermittente est une entité morbide spéciale, ayant ses caractères et son évolution particuliers.

Cette distinction d'hydarthrose intermittente et d'hydarthrose à répétition n'a pas été faite par tous les auteurs ; nous trouvons en effet dans l'article de Rochard, du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, le terme hydarthrose à répétition employé en lieu et place de celui d'hydarthrose intermittente qui n'est pas signalé, alors que dans la plupart des ouvrages classiques (Follin et Duplay, Poulet et Bousquet, *Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus, *Traité de chirurgie*, Le Dentu, Delbet), l'hydarthrose intermittente est l'objet d'une courte description, alors qu'il n'y est pas parlé de l'hydarthrose à répétition.

Nous croyons devoir insister sur ce point, en bien spécifiant, comme l'a fait M. le Professeur Panas, que l'hydarthrose à répétition est une chose absolument différente ; elle n'est qu'une variété d'hydarthrose chronique avec accès aigus, survenant sans aucune règle, d'une durée indéterminée, à l'occasion d'un accident dans le cours de la maladie ; en un mot, c'est une poussée dans le cours d'une affection préexistante, tandis que l'hydarthrose intermittente a un caractère de régularité dans sa marche.

Depuis le travail de M. Panas, quelques observations ont été publiées, surtout à l'étranger ; quelques-unes ont été suivies de considérations ; la plupart relatent le fait comme simple curiosité clinique.

Un historique de la question se bornerait donc à la simple énumération des noms des auteurs ayant publié une observation ; nous aurons l'occasion de donner leurs opinions dans le cours de ce travail.

C'est surtout d'après l'observation inédite, que M. le Docteur C. Monod a bien voulu nous permettre de publier, que nous pourrons, en nous aidant des observations antérieures, esquisser un travail d'ensemble sur cette affection rare à observer, et surtout rebelle à toute médication.

Ce dernier point le traitement est principalement celui sur lequel nous désirons attirer l'attention ; les observateurs n'ayant jamais employé une méthode franchement chirurgicale : l'arthrotomie, qui a donné un succès complet chez la malade de M. Monod.

Définition. — De ces quelques considérations générales, nous pouvons déduire une définition de la maladie que nous allons étudier. L'hydarthrose intermittente est

une affection caractérisée par la présence de liquide séreux dans la synoviale d'une ou plusieurs articulations ; ce liquide se produisant sans cause déterminante appréciable, par périodes régulières, ou à peu près régulières, donnant lieu à des accès d'une durée égale entre eux, les périodes de rémission étant aussi égales entre elles, tout cela sans accidents appréciables dans l'état général du malade.

ETIOLOGIE

Si nous analysons à ce point de vue les observations publiées, nous ne trouvons rien de bien caractéristique.

Pour l'âge, c'est de 11 à 47 ans que les malades sont atteints, avec cependant une fréquence plus marquée pour l'adolescence et l'âge mûr de 18 à 35 ans.

Le sexe : nous notons 13 femmes et 8 hommes ; il y aurait donc plus de femmes atteintes, dans la proportion de 2/3 pour les femmes et 1/3 pour les hommes.

Les antécédents héréditaires sont absolument nuls, la plupart du temps ils ne sont même pas signalés.

Pour les antécédents personnels, les observations sont moins muettes, mais la diversité des tares signalées ne permet pas de donner un caractère net. Nous trouvons en effet par ordre de fréquence :

1° Les antécédents nerveux, seuls ou accompagnés d'autres phénomènes, dans quatre cas : bégaiement, hystérie avec grossesse ; névrose et paludisme ; rhumatisme et névrose précédés de fièvre typhoïde.

2° Des traumatismes dans trois cas : une foulure, un traumatisme non défini au niveau de l'articulation atteinte la première.

Une plaie du genou avait précédé de deux mois le début des accidents chez la malade que nous avons observée.

3° La fièvre intermittente : seule dans un cas ; associée à une névrose dans un deuxième cas.

4° L'accouchement : six semaines avant la première

atteinte du mal dans un cas, six mois dans un deuxième. Dans ce dernier cas, les accès ont cessé durant le cours d'une deuxième grossesse, qui se termina après 4 mois de gestation par une fausse couche.

Il semblerait, en effet, que dans ce cas bien observé, il y ait eu une influence sensible produite par la gestation ; nous croyons que ce phénomène doit être imputable à cette règle générale, que, chez la femme enceinte, les affections dont elle peut être atteinte suivent un cours anormal : soit qu'elles s'aggravent, soit qu'elles tendent à la guérison, durant tout le cours de la grossesse et de l'allaitement.

5° L'arthritisme, surtout mis en relief par M. Panas ; chez sa malade, en effet, il y avait coïncidence d'arthrite sèche avec eczéma et coryza chronique.

6° Enfin, divers autres états morbides sont signalés chacun dans un seul cas et comme simple mention.

Le rhumatisme avec la fièvre typhoïde ;

La pneumonie avec catarrhe sec ;

La scrofule, la syphilis.

Dans ces divers antécédents, nous pouvons cependant noter quelques caractères généraux.

L'hydarthrose intermittente peut reconnaître comme cause déterminante : un traumatisme ; on peut la voir survenir chez un paludique, chez un arthritique, sans cependant incriminer ces deux diathèses comme étant les causes réelles.

La maladie semble nettement influencée par la grossesse, qui peut jouer le rôle de cause prédisposante, dans certains cas, et donne ordinairement une marche spéciale à l'affection.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'hydarthrose intermittente n'ayant jamais donné lieu à une autopsie, de plus, aucun des malades observés n'ayant succombé par suite de maladie intercurrente, en une circonstance qui permet d'étudier les lésions produites, cette partie de l'étude de l'affection a dû être laissée de côté.

Nous trouvons bien, ça et là relatées, quelques notes cliniques qui peuvent donner idée sur la lésion anatomique et les caractères du liquide épanché

Dans l'observation de Lœventhal il y avait développement anormal de franges synoviales ; mais cette assertion est purement hypothétique, car nous ne savons pas si ces franges ont été réellement vues et mises en coupes histologiques ; il n'est signalé ni autopsie, ni biopsie.

Au point de vue du liquide et de sa nature, on ne trouve encore que des hypothèses dans les observations de Grube et de Chauvet, qui, se basant sur l'absence de choc rotulien, annoncent que le liquide devait être épais et gélatineux.

La malade observée par Von Brinken eut le genou gauche qui était atteint, ponctionné et lavé, mais il n'est pas fait mention ni de la quantité, ni de la qualité du liquide retiré.

Les seuls documents actuels, qui nous permettent de jeter un peu de lumière sur ce point, seront donc tirés de l'examen anatomique dû à l'arthrotomie, qui fut pratiquée

par M. Monod sur la malade qui fait le sujet de l'observation XXII.

Voici quels furent les résultats observés.

1. *Tissu périarticulaire*. — L'incision ne donna lieu à aucune remarque ; le tissu cellulaire n'était ni épaissi, ni infiltré, les muscles absolument sains, les ligaments un peu distendus à cause de la dilatation produite par le liquide, présentaient leur aspect nacré normal. Aucune vascularisation exagérée ni du côté des artères ni du côté des veines.

2. *Articulation*. — (a) *Synoviales*. — On ne trouva en examinant la synoviale, soit celle qui tapisse les surfaces articulaires, soit celle qui forme le cul-de-sac tricipital, aucune frange anormalement développée, comme le signale Lœventhal, aucune fausse membrane, aucun corps étranger. La séreuse n'était même pas épaissie. Peut être existait-il un peu de vascularisation plus accentuée, surtout au niveau du cul-de-sac supérieur et sur sa face superficielle. La face profonde articulaire était absolument lisse, comme lavée, sans granulation d'aucune sorte.

Nous pouvons dire qu'il n'existait aucune lésion appréciable macroscopiquement.

(b) *Os*. — Les os étaient normaux, leurs cartilages blanc nacré sans aucune trace d'érosion.

Cette articulation absolument saine, si l'on fait abstraction du liquide qu'elle contenait, put être examinée dans tous ses replis, grâce à l'incision large externe et à la contre-ouverture interne qui furent pratiquées.

3. *Liquide*. — Le liquide, citrin, ressemble au liquide

d'une hydarthrose ordinaire, au liquide des épanchements qui se font dans la tunique vaginale, dans la plèvre au cours de la pleurésie sero-fibrineuse.

Il existait en quantité assez grande, 150 grammes environ. Son analyse fut faite avec beaucoup de soins au point de vue de sa composition chimique par M. Ménu, interne en pharmacie du service de M. le Docteur Monod.

Les résultats obtenus furent les suivants :

Réaction : alcaline.

Composition chimique	Eau 931,75
	Résidu fixe 68 gr. 25.

à l'incinération, il ne reste de ce résidu fixe que 5 gr. 80.

Ces cendres sont formées de :

Chlorure de sodium 4 gr. environ.

Phosphates 0,50 centigr. environ.

L'examen des matières albuminoïdes donne :

Albumine coagulable par la chaleur 50 gr.

Mucine 8 gr.

Fibrine 1 gr.

pour 1 000 grammes de liquide.

Cette analyse nous montre donc qu'il n'y a rien de particulier dans ce liquide, au point de vue chimique.

M. le Docteur Macaigne, chef du laboratoire de M. le Docteur Monod, s'est chargé d'examiner un lambeau de la synoviale, sectionné au moment de l'intervention au niveau du cul-de-sac tricipital.

Cet examen fut négatif au point de vue pathologique : Aucune lésion de l'épithélium, aucun développement de

la couche d'épithélium lamellaire, un peu d'exagération dans la couche corticale conjonctive, avec vascularisation plus grande qu'à l'état normal; en un mot, phénomène de simple congestion.

Le liquide recueilli dans des pipettes stérilisées futensemencé sur bouillon et sur gélatine, aucun tube n'a donné lieu à un seul point de colonie microbienne; l'examen direct n'avait rien décelé si ce n'est la présence de quelques globules blancs, mais en petite quantité.

L'inoculation à un lapin fut aussi négative.

Ces dernières recherches furent surtout pratiquées dans le but de voir si l'affection n'était pas due à une tare tuberculeuse.

Ces recherches anatomo-pathologiques sont intéressantes par leurs résultats négatifs, qui concordent bien avec les données peu importantes dues à l'étiologie.

PATHOGÉNIE

Aussi la cause réelle de l'affection est-elle bien difficile à trouver. C'est cependant cette recherche qui a le plus excité la sagacité de tous les observateurs.

Ici, nous entrons dans le domaine de l'hypothèse, s'étayant plus ou moins logiquement sur la simple observation d'un fait clinique, d'une coïncidence, d'un raisonnement par analogie, mais toujours sans aucune sanction expérimentale, l'expérience n'ayant rien donné lorsqu'on a voulu l'interroger.

Aussi allons-nous résumer les diverses théories qui ont été émises.

1° *Théorie du paludisme.* — Si l'on examine la marche spéciale de l'affection, la première idée qui vient à l'esprit de l'observateur est que l'on se trouve en présence d'une manifestation de l'impaludisme. Cependant, si dans quelques cas, on note, dans les antécédents, l'existence de fièvre intermittente, le traitement par la quinine est resté sans action dans ces cas du reste fort rares, alors qu'il a semblé donner une amélioration dans d'autres cas, où il n'y avait pas d'antécédents palustres.

De plus, les intermittences à aussi longue échéance sont rares, n'ont pas cette tenacité ; l'absence de fièvre et des stades si nets de l'accès de fièvre intermittente qui ne sont indiqués nulle part, rendent du reste cette hypothèse impossible.

2° *Théorie de l'arthritisme*. — L'hydarthrose intermittente est une dépendance de la grande diathèse arthritique, a dit M. Pañas. La coïncidence d'arthrite sèche, d'eczéma, était une grande raison pour l'édification d'un pareil raisonnement, mais la plupart des observations, postérieures en date, ne signalent pas aussi nettement l'arthritisme du sujet atteint. De plus, il existe de nombreux arthritiques atteints d'hydarthrose, laquelle ne présente pas le caractère d'intermittence spécial à la maladie.

3° *Théorie nerveuse*. — Pour Seeligmuller, des troubles vaso-moteurs doivent être incriminés. Pierson est plus explicite ; il en fait une névrose avec vaso-dilatation.

Si nous recherchons les antécédents nerveux, dans quelques cas nous en notons tels que l'hystérie et encore sans troubles de sensibilité ni ovarie ; de plus, il n'existe pas de névrose avec troubles vaso-moteurs dans le cours de laquelle il ait été signalé une manifestation semblable. Le goître exophtalmique peut être pris comme un des types de névrose, avec phénomènes vaso-moteurs très accentués et surtout très variés ; nous ne trouvons, dans son étude, aucune manifestation qui puisse être comparée à ce que nous voyons dans l'affection qui nous occupe.

La seule maladie qui se rapproche, comme symptomatologie et marche, de l'hydarthrose intermittente, est en effet une maladie d'ordre neurologique : la paralysie périodique des extrémités, avec perte simultanée de l'excitabilité électrique pendant la paralysie, (décrite par Westphal, Fleischl, Goldflam). Mais pour expliquer la nature de cette affection, les théories sont nombreuses. Goldflam en fait une dépendance de la toxicité urinaire. Encore que cette paralysie procède par crises périodiques, elle n'a

pas une périodicité aussi régulière, des attaques aussi fréquentes qu'on le voit dans les observations d'hydarthrose intermittente.

Une névrose présente aussi, dans certains cas, une sorte de périodicité : la migraine, et surtout la migraine ophtalmique. Dans ce dernier cas du reste, la cause est mise sur le compte d'une auto-intoxication.

4° *Théorie de l'infection.* — Soutenue par Von Brinken et Grube : la longue durée de la maladie, l'absence d'autre localisation, la disparition pendant la grossesse tendent à ne donner aucun crédit à cette hypothèse qui n'explique guère du reste l'intermittence.

5° *Théorie de l'intoxication.* — En recherchant les antécédents des malades observés, il est difficile d'étayer une théorie pareille sur des faits. Aucune intoxication par ingestion n'est notée ; les fonctions digestives sont normales : chez une malade, il est signalé une tendance à la diarrhée ; chez une autre, une mauvaise odeur de la bouche, disparaissant avec les accès. Une malade avait eu une dothiéntérie ; la grossesse a précédé de six mois dans un cas, de six semaines dans un autre, le début des accidents.

On peut donc invoquer comme rare une maladie infectieuse antérieure, de même que l'intoxication d'origine intestinale doit être rejetée.

L'examen des urines, de leur toxicité ne nous donne rien, pas plus que l'examen du liquide de l'hydarthrose, mais nous savons qu'il est impossible encore à l'heure actuelle et avec les moyens d'investigation que nous possédons, de caractériser toutes les toxines sécrétées par les

microbes. Dans nombre d'affections reconnues cliniquement comme d'origine microbienne, le microbe lui-même n'a pas été décelé.

Les recherches de Roux et Yersin, sur les toxines de la diphtérie, ont jeté un jour tout nouveau sur l'étude de la bactériologie.

Il peut exister des toxines, alors que les microbes ont disparu.

En examinant de près les antécédents de la malade qui fait le sujet de l'observation XXII, nous voyons qu'elle a eu un traumatisme du genou avec plaie, assez longue à se cicatriser. Des microbes peu virulents, puisqu'ils n'ont donné lieu à aucun phénomène réactionnel appréciable, ont certainement dû se développer en ce point, sécréter des toxines qui, deux mois après, ont pu produire une hydarthrose dans la séreuse de l'articulation la plus voisine. L'hydarthrose est constituée.

La malade habitait alors un pays où il existe des fièvres intermittentes, où les germes maremmatiques vivent et se développent. Peut être, ces toxines, ayant produit l'hydarthrose ont-elles été influencées, ou plutôt il a pu s'en produire d'autres qui, par suite de la prédisposition individuelle et du lieu où s'est produite l'intoxication, ont créé l'intermittence.

Peut être cette question de climat, jointe à une prédisposition individuelle, joue un grand rôle dans la nature et la forme des affections engendrées par un même micro-organisme.

Il nous semble logique de pouvoir avancer cette proposition : Si une hydarthrose se produit chez un malade habitant une contrée où il n'existe pas de marais, cette

affection pourra évoluer d'une façon normale, tandis que si l'hydarthrose survient chez un sujet habitant un climat où règnent les fièvres intermittentes, sans qu'il y ait paludisme pour cela, la marche de l'affection pourra être sensiblement modifiée et l'hydarthrose pourra devenir intermittente.

Il est regrettable que dans les observations publiées, la contrée habitée par le malade, au moment du début des accidents, ne soit pas signalée, car, l'expérimentation étant impossible, seule la multiplicité des faits observés permettrait de vérifier le fondement et le crédit que pourrait avoir une telle hypothèse que l'observation et l'interprétation d'un cas nettement confirmatif rend assez plausible.

Si la porte d'entrée a pu être une plaie, dans deux autres cas nous trouvons un traumatisme, dans les autres observations, l'attention n'ayant pas été attirée de ce côté les plaies, même légères, n'ont pas été recherchées.

On pourra objecter que l'hydarthrose intermittente n'atteint pas une seule articulation ; mais l'analyse de toutes les observations nous montre qu'une articulation seule a été prise au début, les autres atteintes consécutivement chez le même malade ; l'intoxication a pu d'abord être limitée, puis avoir une tendance à envahir d'autres points.

En résumé, nous pouvons ainsi formuler cette hypothèse pathogénique :

L'hydarthrose intermittente semble être sous l'influence d'une intoxication, locale primitivement, due probablement aux toxines sécrétées par un microorganisme,

toxines qui localisent leur action au niveau des séreuses articulaires, le caractère d'intermittence pouvant être acquis sous l'influence de la réceptivité du sujet, et surtout du climat maremmatique où il séjourne. Cette dernière influence n'étant pas la cause directe, mais pouvant imprimer un cachet spécial à la marche de la maladie.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous étudierons dans ce chapitre: 1° l'hydarthrose elle-même et, 2° la façon dont elle se comporte: l'intermittence.

Et tout d'abord, quelles sont les articulations que l'on a vues atteintes par cette maladie; car, si souvent on n'a noté qu'un seul article qui fût pris, dans nombre d'autres cas, il y en eût plusieurs de malades, soit successivement, soit simultanément.

Nous pouvons voir que le siège a varié de la façon suivante, et par ordre de fréquence.

1° 6 fois les deux genoux ont été atteints.

Dans ces six cas une fois nous trouvons le genou droit seul, puis les deux genoux.

Une deuxième fois le genou gauche, puis les deux genoux.

Dans quatre cas, les deux genoux ont été atteints simultanément, et dans deux cas, nous notons la possibilité de non coïncidence des maxima dans les articulations malades, les accès étant considérés dans leur cours successif, en même temps que simultané dans les deux genoux.

2° 3 fois le genou droit seul.

3° 3 fois le genou gauche seul.

4° 1 fois la hanche seule.

5° 1 fois la hanche droite, puis le genou gauche, puis la hanche gauche.

6° 1 fois le genou gauche, puis toutes les articulations.

7° 1 fois la tibio-tarsienne, puis le genou droit.

8° 1 fois la hanche, puis la tibio-tarsienne.

9° Dans cinq observations le siège n'a pas été indiqué.

Nous pouvons donc dire que, par ordre de fréquence, les articulations le plus souvent envahies sont : le genou, qui, dans toutes les observations, est noté comme ayant été atteint, soit seul, soit en même temps que d'autres articulations ; puis vient la hanche, puis la tibio-tarsienne.

En règle générale, la maladie semble n'avoir de tendance qu'à se localiser aux articles du membre inférieur et principalement au genou, qui est du reste le siège ordinaire de l'hydarthrose en général.

Nous passerons donc rapidement en revue les signes qui font reconnaître une hydarthrose des autres articulations que celle du genou.

La hanche : Dans deux cas l'hydarthrose a été notée dans cette articulation, et les auteurs ont donné quelques symptômes observés. Dans le cas de M. Landrieux, où la hanche était seule prise, nous notons le phénomène douleur revêtant la forme de fièvre intermittente. Cette douleur peut être mise sur le compte d'un épanchement articulaire, mais aucun autre signe d'épanchement n'est signalé. Dans un autre cas, Seeligmüller dit qu'il y a tension, puis gonflement avec douleur. Tels furent les signes décrits ; il est certain qu'il est de la plus grande difficulté de décrire, et surtout de trouver des signes nets d'épanchement, dans une articulation située aussi profondément que celle de la hanche ; on ne peut se baser que sur des signes objectifs, tels que ceux que nous venons de

signaler ici, en leur conservant la valeur qui leur a été donnée par les auteurs des publications.

Dans le cas où l'articulation tibio-tarsienne a été atteinte, nous ne trouvons aucun signe signalé, nous ne savons pas s'il y avait épanchement fluctuant, douleur, gêne des mouvements, etc.

Mais ces phénomènes sont l'exception ; règle générale, c'est le genou qui est malade : soit un seul, soit les deux.

La plupart des observateurs sont brefs sur les signes de l'hydarthrose en elle-même, sur les caractères que présente l'épanchement à l'examen clinique, s'il y a ou non choc rotulien, atrophie du triceps, tous signes d'importance capitale dans l'étude d'un épanchement articulaire,

Dans les observations de Grube et de Chauvet, il est noté qu'il n'existe pas de choc rotulien ; dans la dernière, l'examen local montrait que l'épanchement occupait surtout le cul-de-sac supérieur de la synoviale.

Dans le cas que nous avons pu observer, tous les signes de l'hydarthrose ordinaire existaient : tuméfaction prononcée, fluctuation évidente, choc rotulien avec fluctuation perçue de la rotule au cul-de-sac supérieur et réciproquement.

La mensuration des genoux donne, du reste, une différence fort appréciable de 34 cent. à 41 cent. de circonférence, différence de 7 centimètres entre le genou sain et le genou malade.

L'épanchement peut donc être assez considérable, et si, dans certains cas on a un simple empâtement sans choc rotulien, nous croyons que dans les cas où l'examen local est passé sous silence on a affaire à une véritable hydarthrose avec tout son cortège symptomatique.

La recherche de la température locale est signalée, elle n'a rien donné d'appréciable dans le cas de Roser.

La douleur quelquefois assez accentuée, souvent très supportable, n'occasionne qu'une certaine gêne plus ou moins marquée suivant les sujets. Il n'y a aucune réaction fébrile ; l'état général du malade est ordinairement excellent ; un peu d'anorexie signalée par Seeligmüller ; un léger accès fébrile par Kennedy ; dans tous les autres cas, au contraire, l'absence de tout phénomène morbide du côté de la santé générale est notée.

Atrophie du triceps. — Il est un signe important dans l'hydarthrose du genou qui, est un grand caractère des hydarthroses chroniques : l'atrophie du triceps ayant souvent une marche rapide et progressive.

Pour Charcot, c'est une atrophie réflexe ; il n'y a aucune relation nécessaire entre l'intensité de l'affection articulaire et celle des phénomènes paralytiques et atrophiques. La marche est rapide ; elle serait de 20 0/0 du poids total du muscle après huit jours ; de 40 0/0 après quinze jours et elle apparaît très rapidement.

Duchenne de Boulogne rapporte l'observation d'un homme atteint d'une entorse du genou, avec gonflement énorme de l'articulation. Un mois après l'accident, les muscles de la cuisse avaient commencé à maigrir, et l'extension de la jambe était devenue impossible, quoiqu'il ne restât plus aucune douleur dans le genou, au repos, ni même pendant les mouvements. Cinq mois après, la cuisse malade avait 7 centimètres de moins que l'autre, la recherche de l'atrophie n'ayant été faite qu'un mois après l'accident, la complication musculaire devait

exister bien avant, puisqu'elle était alors manifeste.

Dans le cas où on a pu suivre le malade jour par jour, et surprendre l'atrophie à son origine, on a pu la voir apparaître dès les premiers jours ; c'est ainsi que Valtat dit avoir observé la paralysie qui précède l'atrophie, vingt-quatre heures seulement après une arthrite traumatique du genou. L'atrophie est souvent précédée de parésie du muscle ; le malade est d'abord atteint d'impotence du membre ; l'extension de la jambe sur la cuisse est impossible. Cette parésie diminue ensuite, et il survient de l'atrophie ; on assiste à la diminution graduelle du muscle. Cette atrophie est simple, sans réaction de dégénérescence.

On peut observer d'autres troubles trophiques : altération et perte des ongles, adipose sous-cutanée, éruptions cutanées diverses, troubles vaso-moteurs.

Cette atrophie peut durer indéfiniment ; quand elle guérit, ce n'est, le plus souvent, qu'au bout de plusieurs mois, et un traitement prolongé par les courants continus et le massage est nécessaire pour amener la guérison ; pendant ce temps, les malades sont impotents, ils se fatiguent vite, ne peuvent faire quelques pas sans s'arrêter ; plusieurs même, ne pouvant étendre la jambe sur la cuisse, sont obligés pour marcher de s'aider d'une canne ; la lésion articulaire est guérie depuis longtemps, l'atrophie est devenue la maladie principale.

La pathogénie de cette atrophie réflexe est encore totalement inconnue. Charcot insistait sur le tempérament névropathique du malade. Quoiqu'il en soit, il résulte que toute lésion articulaire se complique ordinairement d'atrophie, débutant presque en même temps que la lésion articulaire, augmentant tant que dure la maladie causale, et

pouvant lui survivre longtemps quand elle n'est pas indélébile.

Ces quelques considérations résumées montrent bien l'importance qu'il faut attacher à la recherche de l'atrophie musculaire dans les épanchements intra-articulaires.

Cette atrophie n'est notée dans aucune observation d'hydarthrose intermittente. Nous l'avons recherchée soigneusement chez la malade que nous avons pu observer. La mensuration de la cuisse pratiquée à 10 centimètres au-dessus du genou ne nous a pas donné de différence appréciable. Le muscle triceps du côté atteint avait ses contractions volontaires aussi puissantes que celui du côté sain, aucune gêne n'existait dans l'extension de la jambe sur la cuisse, aucun trouble trophique dans le membre correspondant.

Nous sommes donc porté à croire que si, dans les observations, il n'est pas signalé d'atrophie du triceps, ce n'est pas un oubli, un manque de recherche de la part des observateurs, qui certainement n'ignoraient pas l'importance de ce phénomène, sur lequel nous avons cru bon d'insister ici; mais que cette atrophie n'existait pas.

Le manque d'atrophie musculaire, dans une catégorie d'hydarthroses du genou, peut donc à bon droit être considéré comme un signe négatif d'une certaine valeur. Une hydarthrose, avec épanchement considérable, ayant débuté depuis plusieurs années et sans atrophie du triceps, peut en effet sembler une chose assez surprenante.

Nous croyons pouvoir expliquer ce phénomène par ce fait remarqué dans toutes les observations : les fonctions

du muscle sont suffisamment conservées. La douleur n'est pas excessive ; si nous la trouvons signalée dans les observations de Réjou et de Kennedy, les autres sont muettes sur ce fait, ou bien affirment qu'il n'y a pas ou qu'il y a peu de douleur. Aussi le malade n'est-il pas condamné au repos, il peut marcher. La marche est possible en terrain plat, la montée et la descente seulement un peu difficiles (Lœventhal) ; le malade du Dr Chauvet s'aperçoit de son affection par ce qu'il ne peut pas marcher vite, surtout en montant ou en descendant un escalier. Dans un seul cas il est dit que le malade a dû garder le lit (Fiedler) aussi est-il parlé d'atrophie musculaire qui a cessé avec la guérison de l'affection.

Il ne nous paraît pas surprenant qu'un muscle qui ne cesse pas de fonctionner ne s'atrophie pas.

Nous pouvons résumer en quelques mots ce que nous montre l'étude de l'hydarthrose : un épanchement normal, accompagné de deux signes négatifs d'une très grande valeur : absence d'atrophie musculaire et absence de symptômes morbides généraux.

Caractère principal de l'hydarthrose : Intermittence.

C'est en effet dans la marche de cette hydarthrose que nous reconnaissons sa particularité. Elle apparaît par accès périodiques, d'une durée plus ou moins longue, suivant les cas, mais ordinairement, les périodes sont égales entre elles, dans chaque cas pris en particulier.

L'accès se compose de trois périodes : d'**augment**, d'**état** et de **décroissance**.

1^o Période d'augment.

Sans aucune cause appréciable, l'articulation augmente de volume progressivement, absolument comme si une

pluie se faisait dans l'articulation atteinte. Le malade s'en aperçoit facilement, surtout lorsqu'il a eu plusieurs accès ; car ce n'est ni la douleur, ni le changement de couleur à la peau, ni même la gêne des mouvements qui l'avertissent. Ces phénomènes n'existent pas. C'est seulement la tuméfaction qui le met sur la voie, et lui font reconnaître le mal, lorsqu'il s'est aperçu de la périodicité régulière de sa maladie.

La durée de cette période est variable suivant les sujets, mais toujours identique chez un même malade. Lorsque l'épanchement a atteint son maximum, l'accès entre dans sa deuxième période.

2° Période d'état .

Durant un temps plus ou moins long, le gonflement articulaire reste à son volume, sans oscillation de décroissance et d'augment ; alors la gêne des mouvements est plus accentuée sans cependant qu'il y ait douleur ou réaction, soit du côté de l'état général, soit du côté de l'état local. C'est alors qu'on constate les signes de l'épanchement, tels que nous les avons déjà notés.

La durée de cette deuxième période est comme celle de la première : variable suivant les sujets, mais toujours identique chez le même malade.

Cependant cette période d'état a pu être dans certains cas diminuée, soit de durée, soit d'intensité, par un traitement, qui, ne guérissant pas la maladie sembla en amener dans une certaine mesure les manifestations.

Dans l'observation de Le Dentu, l'application d'une bande dextrinée a produit une diminution dans la quantité du liquide épanché. Dans l'observation de Kolbe, les courants galvaniques à la nuque ont produit les mêmes

effets. Von Brinken a vu les accès diminuer d'intensité par l'emploi du salicylate de soude.

D'autres circonstances, au contraire, pourraient faire augmenter l'intensité de l'épanchement : l'approche des règles comme l'a noté Pierson.

3° **Période de décroissance.**— Lorsque le temps de la période d'état est révolu, l'articulation revient à son volume normal ; le gonflement diminue puis disparaît totalement avec la gêne qu'il avait produite. Notons que la disparition de cet épanchement se fait comme son apparition, sans être accompagnée d'aucun épiphénomène comparable à ce qui se passe au déclin de crises dans d'autres affections tels que : crise urinaire, de sueurs par exemple.

DURÉE DE CHAQUE ACCÈS EN GÉNÉRAL
ET DE CHAQUE PÉRIODE

La durée totale de chaque accès est variable, comme nous l'avons vu pour la durée de chaque période de l'accès, suivant chaque sujet, mais, à de rares exceptions près, elle est la même à chaque crise qu'éprouve un même sujet.

Comme ce sont ces phénomènes qui ont été le plus souvent notés et examinés avec le plus de soin par les observateurs, nous pouvons donner, ici, un tableau résumant la durée totale et la durée de chaque période pour un seul accès, nous noterons chemin faisant les cas où il y a eu un changement dans la périodicité régulière.

1° Dans 2 cas l'accès a duré 12 jours avec :

	1 ^{re} période d'augment d'une durée de 4 jours	
dans le 1 ^{er} cas	2 ^e période d'état	» 3 jours
	3 ^e période de déclin	» 4 à 5 jours
	1 ^{re} période d'une durée de 4 jours	
dans le 2 ^{me} cas	2 ^e période	» de 7 jours
	3 ^e période	» de 1 jour

2° Dans 1 cas l'accès a duré 8 jours avec :

1 ^{re} période	2 jours
2 ^e période	4 jours
3 ^e période	2 jours

3° Dans 1 cas l'accès a duré 7 jours avec :

1 ^{re} période	1 jour
2 ^e période	5 jours
3 ^e période	1 jour

4° Dans 4 cas l'accès a duré 6 jours avec :

1 ^{re} période	de 2 à 3 jours
2 ^e période	3 jours
3 ^e période	1 jour

5° Dans 1 cas l'accès a duré 5 jours.

6° Dans 1 cas l'accès a duré de 3 à 5 jours.

7° Dans 1 cas l'accès a duré 4 jours puis 2 jours.

8° Dans 2 cas l'accès a duré de 3 à 4 jours.

9° Dans 2 cas l'accès a duré de 2 à 4 jours.

10° Dans 3 cas l'accès a duré 3 jours avec :

1 ^{re} période	1 jour
2 ^e période	1 jour
3 ^e période	1 jour

De plus dans 1 cas, l'accès dura 3 jours, puis 9 jours, puis 10 jours.

— Dans un autre cas, accès d'une durée de 3 jours, puis de 9 jours.

— Dans un cas, durée de quelques jours sans chiffres exacts.

— Dans un dernier cas enfin, irrégularité.

Si nous recherchons dans les nombreuses observations où plusieurs articulations ont été envahies, si la durée de l'accès a été variable pour deux articulations différentes, soit qu'elles aient été malades en même temps ou séparément, nous ne trouvons rien de signalé ; nous en concluons donc que la durée a dû être la même, que l'hydarthrose ait envahi une seule ou plusieurs articulations ensemble ou successivement.

INTERVALLE QUI EXISTE ENTRE LES ACCÈS

Ce que nous venons de dire au point de vue de la durée des accès, s'applique tout aussi bien à l'intervalle de repos qui existe entre deux accès. Le rythme est ordinairement régulier chez un même malade, mais différent chez des malades pris séparément. Parfois même chez un malade on observe comme deux étapes dans le cours de l'affection ; de même que nous avons vu la durée des accès varier quelquefois chez un même malade à des époques différentes.

Un tableau nous fera mieux comprendre cette périodicité, en ajoutant en regard de l'intervalle compris entre les accès la durée totale de l'accès lui-même.

Un exemple fera comprendre comment il faut lire ce tableau :

Nous voyons dans le premier groupe que 4 fois les accès ont eu lieu tous les 11 jours ; dans deux cas, les accès étaient de trois jours : cela signifie que chez deux malades il y avait : 1° accès d'une durée de trois jours, puis 2° 10 jours de repos sans hydarthrose ; nouvel accès d'hydarthrose d'une durée de 3 jours, nouveau repos pendant 10 jours et ainsi de suite.

Dans 1 cas, l'accès était de cinq jours ; il y avait donc accès d'une durée de cinq jours, repos de 10 jours, nouvel accès de cinq jours et ainsi de suite.

(A) Dans 18 cas le rythme a été absolument régulier.

1° 4 fois tous les 11 jours avec durée de l'accès :

2 cas de 3 jours.

1 cas de 5 jours.

1 cas de 6 jours.

2° 3 fois tous les 13 jours avec durée de l'accès :

2 cas de 6 jours.

1 cas de 12 jours.

3° 2 fois tous les 15 jours avec durée de l'accès :

1 cas de 8 jours.

1 cas de 4 jours.

4° 2 fois tous les 12 jours avec durée de l'accès :

1 cas de 7 jours.

1 cas de 2 à 4 jours.

5° 2 fois tous les 9 jours avec durée de l'accès :

1 cas de 6 jours.

1 cas de 3 jours.

6° 1 fois tous les 34 jours avec durée de l'accès :

1 cas de 3 à 5 jours.

7° 1 fois tous les 8 jours avec durée de l'accès :

1 cas de 2 à 4 jours.

8° 1 fois tous les 3 jours avec durée de l'accès :

1 cas de 12 jours.

(B) Dans deux cas le rythme a varié :

1° 1 fois tous les mois puis tous les 9 jours avec durée de l'accès :

1 cas de 3 jours.

2° 1 fois tous les 12 jours, puis tous les 9 jours, puis tous les 10 jours avec durée de l'accès :

1 cas de 3 jours.

De même que nous avons vu l'accès modifié dans son intensité par une médication, de même le rythme peut être changé aussi.

L'application d'un vésicatoire (observ. de M. Le Dentu) a retardé un accès de trois jours. L'arsenic semble retarder l'apparition des accès (Von Brinken).

Si nous considérons les cas où plusieurs articulations ont été atteintes, nous voyons que quelquefois les intervalles ayant un rythme régulier pour chaque articulation prise en particulier, il existe un rythme spécial pour les deux articulations considérées ensemble et par rapport à la durée de leur accès et de l'intervalle entre deux accès.

L'observation de M. le docteur Chauvet nous en fournit un exemple frappant :

« Les deux genoux furent pris simultanément au premier
« accès, mais cette simultanéité n'exista pas toujours.
« L'accès dure quelques heures de moins à droite qu'à
« gauche ; par exemple, à l'accès suivant, le genou qui a
« été le premier libre, se reprend avant l'autre, de telle
« façon que si on traçait la courbe des accès des deux
« côtés, parallèles au début, ces courbes finiraient par
« se chevaucher, ayant leurs maxima de plus en plus dis-
« tants, si bien même que le malade a vu l'accès terminé
« dans un genou et être au maxima dans l'autre ».

Nous citons cette description curieuse textuellement. Elle fera bien comprendre ce qu'il y a de particulier dans ce caractère bien spécial de périodicité bien régulière, même dans son irrégularité pour ainsi dire, et qui a valu à l'hydarthrose que nous étudions le qualificatif d'intermittente. C'est ce point que nous avons tenu à bien mettre en lumière, et qui présente le plus grand intérêt dans la symptomatologie de cette singulière affection.

MARCHE

La maladie, une fois établie, peut persister très longtemps avec ses accès périodiques, mais on note toujours des guérisons temporaires, ordinairement spontanées, quelquefois influencées par le traitement. Ces guérisons surviennent sans cause aucune, sans qu'on puisse les prévoir, laissant au malade un répit plus ou moins long avec une fausse croyance de guérison complète.

Tout à coup l'hydarthrose fait son apparition de nouveau avec sa même périodicité, sans que l'on puisse invoquer une cause déterminante quelconque.

Ces périodes entre deux atteintes du mal sont absolument variables, elles ne répondent à aucune des règles de périodicité, comme les intervalles réguliers que nous avons vu exister entre deux accès successifs.

Ce sont alors des phénomènes analogues à ceux qui se produisent dans l'hydarthrose à répétition, de véritables rechutes après une guérison apparente.

L'analyse de quelques observations du reste, nous montrera nettement ces diverses rechutes que nous diviserons en deux grandes classes :

1° Rechutes survenues sans aucune cause, la guérison ne pouvant être mise sur le compte d'aucun traitement.

Observation de Seeligmuller : guérison pendant sept ans, puis retour des accès pendant trois mois, guérison

de 4 ans, 1 an de maladie, puis 6 ans après rechute d'une durée de 1 an ; 3 ans après nouvelle rechute.

Observation de Fiedler : durée du premier accès, quelques mois, puis guérison ; pendant l'hiver suivant, accès ; guérison pendant l'été, puis rechute d'une durée de 1 an ; six mois de répit, puis nouveaux accès suivis d'un répit pendant la même année.

Obs. de Grube. — Les accès cessent pendant quatre ans pour reparaitre ensuite.

Obs. de M. le Dr Monod. — 1^{re} attaque d'une durée de 9 à 10 mois ; rien pendant trois ans ; deuxième attaque d'une durée de 8 mois, nouvelle guérison puis troisième attaque. Trois mois après, interrompue par le traitement qui l'a absolument enrayée.

(B) Rechutes survenues après des guérisons, pouvant être attribuées à une cause ayant semblé modifier la maladie.

1° Par le traitement.

Obs. de Burns. — Après une durée de 10 ans, la maladie guérit sous l'influence de la quinine ; récurrence 20 mois après, suivie d'une nouvelle guérison par le même traitement.

Obs. de Réjou. — La quinine supprime les accès ; pendant trois ans.

Obs. de von Brinken. — L'arsenic retarde l'apparition des hydarthroses.

2° Par une cause physiologique.

Au chapitre de l'étiologie nous avons déjà vu l'in-

fluence de la grossesse sur cette affection, nous voyons encore ici la marche modifiée chez les femmes en état de gestation. Dans trois observations en effet, on voit les accès se suspendre pendant cette période pour reprendre leur marche régulière après l'accouchement.

Ces faits sont bien notés surtout, dans les observations de *Moore*, suppression des accès du troisième mois d'une grossesse au troisième mois après l'accouchement, avec modification dans leur rythme.

Panas. — Une femme enceinte n'a pas d'accès durant les 4 mois de sa gestation qui se termine par une fausse couche avec retour des accès.

DURÉE. TERMINAISON

La durée est donc indéterminée, mais nous pouvons toujours dire qu'elle est longue, surtout en considérant ces périodes d'accalmie, de guérison apparente qui ont persisté pendant plusieurs années, pour être suivies d'un retour offensif de la maladie. On peut dire que le porteur de cette affection n'est jamais à l'abri d'une rechute. Il est rare, cependant, que l'hydarthrose devienne chronique, comme dans le cas cité par Bylicki et s'accompagne d'une impotence fonctionnelle complète.

Quant à la terminaison, les observateurs sont muets sur ce sujet. Dans nombre de cas nous voyons la guérison notée ; dans d'autres, l'observation se termine par ces mots : les traitements sont restés sans résultat. En général les malades ont été peu suivis par les auteurs qui les ont observés. Nous pouvons dire que la mort ne survient pas, ni dans le cours de l'affection occasionnée par cette maladie, ni du fait d'une complication qui soit directement sous sa dépendance, puisqu'il n'en existe pas, l'état général est toujours excellent.

PRONOSTIC

Le pronostic est donc relativement grave. L'hydarthrose intermittente est une maladie qui ne met pas la vie en danger, mais c'est une affection gênante, qui rend le sujet qui en est porteur, infirme, impotent pendant une période de temps illimitée ; pouvant comme toutes les affections chroniques être une cause d'hypocondrie, quoique cet état n'ait été signalé dans aucune observation.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'hydarthrose intermittente est très difficile, dit Rosembach. De l'étude symptomatologique que nous venons de faire, on comprendra qu'il n'est pas toujours en effet bien commode, lorsqu'on se trouve en présence d'une hydarthrose, de savoir si l'on a affaire à une hydarthrose intermittente.

Ce n'est surtout que d'après les antécédents et l'histoire détaillée, que l'on peut y songer. Dans les cas où l'on se trouve en présence d'accès, venant à intervalles peu éloignés et d'une durée de peu de jours, le médecin peut s'assurer, *de visu*, de la périodicité des accès, rechercher tous les signes avec soin. Alors le diagnostic s'impose.

Il faut donc une étude approfondie du malade et d'une durée assez longue, pour pouvoir affirmer que c'est bien en présence d'une hydarthrose intermittente que l'on se trouve.

Un premier point à établir est l'existence de l'hydarthrose. Nous n'insisterons pas sur ce diagnostic dont les règles sont classiques : les signes des épanchements séreux articulaires sont nets et se reconnaissent facilement, surtout en ce qui concerne les grandes articulations assez superficielles comme celle du genou. Il sera plus difficile de reconnaître un épanchement dans la hanche ; cependant on peut le soupçonner d'après les caractères que nous avons déjà indiqués et notés dans certaines observations,

L'hydarthrose reconnue, peut elle être classée parmi les hydarthroses intermittentes ?

A ce point de vue nous classerons les malades examinés en deux grandes catégories :

1° Ceux qui s'observent.

Dans ce cas le diagnostic est facile, le sujet vient avec une note sur laquelle il a inscrit les dates de ses accès ; il dit que telle ou telle articulation a enflé à telle ou telle date, que l'enflure a disparu à telle ou telle époque ; la périodicité est nette, le diagnostic s'impose.

Quelquefois le médecin doit guider la mémoire du malade pour bien se rendre compte de la régularité des accès.

2° Ceux qui ne s'observent pas.

Alors le diagnostic est plus difficile ; il faut procéder à un interrogatoire plus serré ; une sagacité plus grande de la part du médecin est nécessaire pour arriver à se rendre compte s'il y a ou non périodicité régulière dans les accès. On ne doit pas se laisser induire en erreur par des répétitions d'une hydarthrose chronique ; tous les signes de

l'hydarthrose intermittente doivent être recherchés avec soin, les dates précises être inscrites et comparées.

Du reste, il est rare que le malade n'ait pas été frappé de la régularité avec laquelle son mal apparaissait puis disparaissait, et qu'il ne l'indique pas immédiatement. C'est ce que nous trouvons relaté dans toutes les observations. Si le médecin avait un doute, le seul contrôle serait l'expectation, avec l'examen direct d'une série d'accès.

C'est surtout avec les hydarthroses dites à répétition qu'il ne faut pas confondre l'hydarthrose intermittente. Nous avons suffisamment insisté au début de cette étude sur la différence qui sépare ces deux modalités, pour ne plus y revenir.

Nous signalerons cependant quelques hydarthroses chroniques qui pourraient en imposer :

L'hydarthrose syphilitique, étudiée par Planteau, qui a une durée de 15 à 20 jours, puis peut se reproduire et avoir une nouvelle durée égale à la première. Dans ces cas on ne note pas de régularité dans les atteintes successives; il existe une tare de spécificité que l'on recherchera, mais le caractère de périodicité est absent; l'hydarthrose syphilitique est une hydarthrose à répétition.

L'hydarthrose tuberculeuse est une affection chronique avec des poussées aiguës; dans l'intervalle des poussées, le liquide est en moins grande abondance, mais il persiste; la douleur est plus accusée; il est rare que l'on ne trouve pas un point osseux, siège primitif du mal.

L'hydarthrose blennorrhagique a un cortège de douleurs, de changement de couleur à la peau; elle débute à grand fracas avec fièvre; puis tout s'apaise, Lorsqu'elle est

chronique elle peut aussi avoir des poussées aiguës ; la recherche de pus dans l'urèthre lève les doutes.

Les corps étrangers articulaires s'accompagnent souvent d'hydarthrose à répétition, survenant avec douleur vive, d'une façon intermittente, mais irrégulière.

Dans certains cas, les corps étrangers pourront passer inaperçus, et, comme il existe une sorte d'intermittence avec véritables crises dans l'apparition de ces symptômes, le diagnostic pourra présenter quelques difficultés. Cependant l'examen direct permet souvent de trouver le corps du délit ; de plus, l'intermittence n'est jamais aussi régulière. C'est dans ces cas douteux qu'il est utile de comparer les dates d'intervalles et d'accès répétés coup sur coup dans le cas de corps étrangers, sans aucune régularité, tandis que l'hydarthrose intermittente a sa marche très régulière.

En un mot, le clinicien doit s'entourer de toutes les certitudes avant d'affirmer qu'il est en présence d'un cas d'hydarthrose intermittente.

Nous croyons cependant que cette affection doit être moins rare qu'on ne le pensait, lorsque les premières observations ont laissé incrédules certains grands maîtres.

En présence d'une hydarthrose qui se montre avec tous les caractères d'une hydarthrose à répétition, si l'on recherchait bien exactement la modalité avec laquelle elle s'est comportée, il est possible que l'on puisse rencontrer certains cas répondant au syndrome intermittence.

Nous avons cherché à en montrer le plus clairement possible les signes principaux ; mais, en terminant cette étude, nous devons faire remarquer que l'hydarthrose

intermittente a été surtout observée dans la classe aisée ; chez des malades qui s'observent bien, connaissant et sachant décrire leur affection. Dans ces cas, comme nous l'avons dit, le diagnostic s'impose, tandis que parmi les malades des hôpitaux, il en est peu qui soient attentionnés à un mal qui ne les arrête pas dans leur travail ; ils ne s'occupent pas, ne s'aperçoivent pas d'une périodicité plus ou moins régulière de leur affection, arrivent à la consultation avec une tuméfaction du genou qui les gêne à un moment donné.

Parmi ces hydarthroses chroniques il peut parfois s'en rencontrer d'intermittentes.

TRAITEMENT.

Ce qui frappe, lorsque l'on recherche dans toutes les observations les résultats thérapeutiques, c'est leur inefficacité. Si une fois on obtient un succès appréciable, en présence des insuccès dans des cas analogues, on peut se demander s'il n'y a pas simple coïncidence avec une guérison spontanée.

On songea d'abord aux antipériodiques, à la quinine qui, dans certains cas, produisit bon effet (obs. de Burns, de Grandidier), mais une fois elle réussit contre une première atteinte, et ne produisit rien contre une rechute.

La quinine a réussi chez des sujets non paludiques, est restée sans effets chez les malades qui avaient eu auparavant la fièvre intermittente. Outre la quinine, le traitement médical a consisté en : liqueur de Fowler, alcalins et arsenic (Panas), application d'un vésicatoire (Le Dentu), courants galvaniques à la nuque (Kolbe).

D'autres médecins ont employé des moyens chirurgicaux ; les uns non sanglants : bandes dextrinées (Le Dentu), appareils inamovibles (Fiedler).

Les autres sanglants : cautérisation au fer rouge suivie de suppuration (Lœventhal), raies de feu.

La ponction avec lavage fût employée par Esmach.

Mais tous ces traitements ont eu fort peu d'efficacité ; nous passons sous silence ceux qui ont été employés sans aucun succès.

L'arthrotomie systématique pour le traitement des hydarthroses a été employée avec succès par M. le Dr Monod.

Avant de décrire sa méthode opératoire, nous croyons qu'un court résumé sur les traitements chirurgicaux actuels de l'hydarthrose ne sera pas inutile, car d'après l'exemple que nous avons eu dans le seul cas d'hydarthrose intermittente, ayant subi l'arthrotomie, nous croyons que ces épanchements sont comme les épanchements chroniques, justiciables du même traitement.

Nous diviserons les traitements chirurgicaux en deux grandes classes :

1° Interventions non sanglantes.

Dans cette catégorie nous placerons : la mobilisation de l'articulation, la compression, associée ou non, à l'emploi des révulsifs et du massage. Les succès obtenus par ces méthodes de douceur sont nombreux et incontestables. La compression par la méthode de Delorme : « localisée et forcée » a donné beaucoup de succès. Le massage active souvent la résorption du liquide et détermine, dans les diverses parties constituant de l'articulation, un surcroît de nutrition efficace.

Nous croyons cependant que ces seuls moyens seraient de bien peu d'effet sur l'hydarthrose intermittente, tout au plus parviendraient-ils à enrayer la marche du mal pendant un certain temps, comme nous l'avons vu dans certaines observations.

2° Méthodes sanglantes.

Nous n'insisterons pas sur la méthode dite d'« éclatement » de Berne, qui doit au massage consécutif ses plus beaux succès ; elle n'offre sur la ponction articulaire que l'avantage d'une opération sous-cutanée. La ponction et l'arthrotomie sont les deux seules façons de supprimer le liquide articulaire.

Pendant longtemps la ponction seule ou suivie de lavages fut en grand honneur, et sembla donner d'excellents résultats. Cependant, elle a souvent échoué; les malades reviennent après avoir subi plusieurs ponctions successives, encore atteints de leur hydarthrose; nous avons vu Esmach avoir un insuccès, dans un cas d'hydarthrose intermittente, par la ponction suivie de lavage. En effet, sans établir un parallèle serré entre la ponction et l'arthrotomie, nous dirons que l'arthrotomie possède tous les avantages de la ponction, qu'elle en possède de bien plus grands, et qu'elle est moins dangereuse en tant qu'intervention chirurgicale.

Par la taille articulaire on vide rapidement et complètement l'articulation; le trocart assure un écoulement plus lent et le plus souvent une évacuation moins complète.

Le liquide de l'hydarthrose, surtout dans le cas particulier qui nous intéresse, contient souvent des flocons fibrineux, un épanchement gélatineux (Chauvet) que le trocart ne saurait évacuer. Le trajet étroit qu'il creuse dans les tissus, disparaît rapidement après l'issue de l'instrument, tandis que l'arthrotomie ouvre une voie large; le liquide sort facilement de tous les points de l'articulation; l'exploration avec le doigt, qui se promène sur toute la surface interne de l'articulation, permet de se rendre compte des lésions de la synoviale.

Avec le trocart on ne peut faire agir l'articulation, les mouvements qu'on lui imprimerait seraient dangereux à cause de l'extrémité de l'instrument qui pourrait léser des organes importants; d'où évacuation absolument incomplète, sinon impossible, du liquide se trouvant entre les condyles du fémur et le plateau tibial; de même que de

celui qui peut se trouver entre le ligament postérieur. Si l'on fait un lavage, la solution injectée ne pénètre pas partout, comme nous le verrons en indiquant le procédé de l'arthrotomie employé par notre maître.

L'arthrotomie offre tous ces avantages et permet le drainage de l'article. Ces moyens combinés : évacuation complète du liquide articulaire, injection modificatrice pénétrant dans tous les joints de l'articulation, drainage, constituant, nous le croyons, le meilleur des traitements, si nous ajoutons que l'on peut facilement mobiliser l'articulation même avant la fin de la cicatrisation sans aucun danger.

La gravité opératoire n'est pas plus grande que pour la ponction ; aucun accident n'est à redouter avec les précautions antiseptiques. L'anesthésie complète est plus commode, mais on peut aussi employer l'anesthésie locale (chlorure d'éthyle ou cocaïne),

Arthrotomie. — Plusieurs procédés opératoires ont été employés, mais pour les épanchements non purulents on peut les réduire à deux :

1° *Une simple incision externe.*

2° *Une incision externe avec contre-ouverture du côté interne de l'articulation.*

MM. Gervais de Rouville et Donnet qui ont eu l'occasion de pratiquer de nombreuses arthrotomies procèdent ainsi :

La région du genou est soigneusement aseptisée : savon, sublimé à 1/1000, puis éther. Un bistouri stérilisé est le seul instrument nécessaire.

Après anesthésie cutanée au chlorure d'éthyle, on prati-

que une incision de 3 à 4 centimètres sur le côté externe et supérieur de l'articulation ; l'incision est faite en un seul temps ; la pointe est enfoncée jusque dans l'articulation et l'incision est ensuite complétée d'un seul coup ; le côté externe est choisi car à ce niveau l'article est plus facilement accessible, on ne rencontre que peu de fibres musculaires ; la synoviale est alors largement ouverte, et comme dans le décubitus dorsal, le membre est toujours un peu en rotation externe ; l'écoulement du liquide se fait avec facilité. La blessure des surfaces articulaires, d'ailleurs sans inconvénient, est facilement évitée en dirigeant la lame de l'instrument parallèlement à l'axe du membre, dans la direction des parties molles à inciser. L'incision doit commencer à 2 centimètres environ au-dessus du bord supérieur de la rotule ; à 1 centimètre en dehors du bord externe de cet os, elle a une étendue de 3 centimètres et suffit largement à l'écoulement du liquide, à l'issue des paquets fibrineux. L'élasticité de la synoviale revenant sur elle-même, chasse le liquide, des pressions manuelles exercées de haut en bas et de bas en haut font sortir les flocons fibrineux et les dernières gouttes du liquide. L'index est aisément introduit dans l'articulation, si l'on juge nécessaire l'exploration directe. La plaie n'est ni suturée ni drainée ; pansement sec, bande en tarlatane compressive.

Pansement le 3^e jour, écartement des parties molles s'il y avait du liquide. Le massage est bientôt appliqué, il est toujours utile et parfois indispensable.

Nous avons décrit ce procédé tel qu'il a été indiqué par les auteurs : c'est une méthode rapide qui a donné d'excellents résultats ; mais nous lui préférons l'arthrotomie

pratiquée par M. le D^r Monod, surtout comme traitement de l'affection qui nous occupe.

Le genou est nettoyé, brossé au savon, passé à l'alcool, à l'éther et à une solution d'oxycyanure à 0,50/100, seul antiseptique employé dans le service. L'anesthésie est générale au chloroforme, on peut néanmoins la faire locale à la cocaïne ou au chlorure d'éthyle, mais seulement sur des malades courageux.

Une première incision est faite sur le côté externe du genou, elle part en haut à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la rotule, au niveau du cul-de-sac supérieur de la synoviale et descend jusqu'à l'extrémité inférieure de la rotule et même à 1 centimètre plus bas, de façon à ce que le doigt introduit dans l'articulation puisse explorer totalement la face inférieure de la rotule. Cette incision comme situation est parallèle à l'axe du membre, à un centimètre environ en dehors de la rotule. Elle mesure une longueur de 8 centimètres. Un premier coup de bistouri libère la peau et le tissu cellulaire sous cutané jusqu'au plan fibreux qui double la synoviale. L'aide alors placé sur le côté interne du membre appuie sur le cul-de-sac supérieur et sur le côté interne de l'articulation, de façon à faire refluer le liquide du côté de la plaie, lorsqu'il existe un point bien saillant au niveau du cul-de-sac supérieur, il est ponctionné avec la pointe du bistouri qui fraye un chemin suffisant pour permettre l'introduction du doigt dans la synoviale ainsi ouverte. Le liquide s'écoule alors en jet. Le doigt est introduit par l'ouverture, dirigé en bas au niveau de la plaie cutanée, des ciseaux droits sectionnent alors tout le côté externe de la synoviale du haut en bas de l'article.

Au moyen du bec du verre, il est versé à même dans l'intérieur de la synoviale par l'ouverture externe large. Des mouvements de flexion et d'extension successifs sont pratiqués de façon à ce que le liquide pénètre bien partout, on en verse jusqu'à ce qu'il apparaisse dans l'ouverture interne ; alors on est bien certain que toutes les parties articulaires ont été lubrifiées.

La contre-ouverture interne est totalement suturée en ayant bien soin de prendre la synoviale dans la suture, les pinces repères ont été laissées pour cela.

L'ouverture externe est suturée de la même façon, mais le cul-de-sac supérieur est drainé ; le drain passe sous la rotule et se dirige en haut ; de cette façon, seule l'ouverture du drain reste sans sutures. Toutes ces sutures sont en un seul plan : aux crins de Florence.

Pansement sec, gouttière en fil de fer.

Le drain est supprimé au troisième jour, les crins au 10^e jour, alors tout est cicatrisé ; le massage devra être employé avec grand bénéfice.

Telle fut l'intervention employée chez la malade que nous avons pu observer, nous avons vu le résultat obtenu.

Mais cette intervention est-elle possible dans tous les cas d'hydarthrose intermittente ; surtout dans les cas où plusieurs articulations sont envahies ?

Nous répondrons qu'il suffit de parcourir les observations et l'on verra que les genoux sont atteints, un seul, ou les deux en même temps, dans la plupart des cas. Si un seul genou est malade comme c'était le cas, le traitement est tout indiqué ; si les deux genoux sont atteints, il faudra pratiquer une double arthrotomie.

Les cas dans lesquels il est signalé une hydarthrose de

Cette synoviale est repérée avec des pinces hémostatiques.

Le doigt introduit dans l'articulation est poussé perpendiculairement à l'axe du membre, sous la rotule, et vient être senti sur le côté interne de l'article au travers des tissus superficiels au niveau du cul-de-sac tricipital, près du bord supérieur de la rotule. C'est là que l'incision interne est pratiquée sur une hauteur de 2 centimètres environ, soit sur le doigt introduit comme conducteur, soit sur une pince longue fermée et à extrémité mousse.

La synoviale est incisée et repérée comme pour l'incision externe.

L'exploration de toute l'articulation est alors facile, mais pour qu'il ne reste pas de liquide, il faut encore imprimer des mouvements alternatifs de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse, qui chasse tout le contenu articulaire entre les lèvres des deux plaies.

Il est procédé ensuite à l'assèchement parfait de l'articulation au moyen de tampons d'ouate stérilisée, puis trempée dans une solution d'oxycyanure et bien exprimés. Ces tampons montés sur pinces sont promenés dans tous les replis de l'article.

Comme cette évacuation ne suffit pas, un liquide modificateur est introduit. Le naphthol camphré, par ses propriétés antiseptiques et caustiques spéciales, donne d'excellents résultats.

Voici quelle est la solution employée :

Naphtol, 1 partie.

Camphre, 2 parties.

Ce naphthol camphré est placé dans un verre à expérience stérilisé, en quantité assez notable : 60 à 70 grammes.

la hanche, de la tibio-tarsienne, sont bien rares, et du reste sont les seuls qui ont tiré un bénéfice notable du traitement médical.

Nous nous arrêterons donc à l'arthrotomie avec injection de liquide modificateur, comme le meilleur traitement de l'hydarthrose intermittente.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — De Canonne (*Thèse*, Paris, 1867).

Femme de 27 ans, cuisinière. Entrée à l'hôpital le 24 novembre 1866 avec une tuméfaction du genou droit, accompagnée d'une légère douleur et d'une sensation de craquements pendant les mouvements d'extension et de flexion de l'articulation. On reconnaît facilement une hydarthrose ; il n'y a pas de corps étranger. Le début de la maladie remonterait au mois de juillet de la même année, c'est-à-dire à cinq mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital.

Il y avait six semaines qu'elle était accouchée, lorsqu'un premier épanchement, mais celui-ci dans l'articulation tibio-tarsienne du côté droit, attira son attention. Bientôt après, cet épanchement diminua de volume ; l'hydarthrose du genou fait alors son apparition, augmente peu à peu, arrive à son apogée au moment où le premier disparaissait pour ne plus revenir.

Après quatre jours de durée, le gonflement du genou disparaissait aussi, mais pour faire au bout de quinze jours une nouvelle apparition. Depuis ce moment, ces crises se reproduisirent exactement tous les quinze jours. Pendant trois mois, l'hydarthrose dura quatre jours, puis après n'en dura plus que deux. La douleur pendant l'accès est actuellement moins vive qu'au début, mais le gonflement n'est pas moindre.

La malade est d'une bonne constitution, sa santé antérieure a toujours été excellente, elle n'a jamais eu d'affection nerveuse. Son accouchement s'est effectué sans accident, et elle a nourri son enfant pendant neuf jours.

Le traitement des hydarthroses n'a pas donné de résultat sensible.

OBSERVATION II. — De Moore (*Médico-Chirurgie*, Transac), 1872.

Femme de 43 ans, pas d'antécédents héréditaires, une fièvre intermittente il y a huit ans. Au début de la maladie les accès revenaient tous les mois, plus tard tous les neuf jours, chaque accès durait trois jours. Ils siégeaient au genou droit. Les accès cessèrent du troisième mois d'une grossesse au troisième mois qui suivit l'accouchement. C'est après cette grossesse que les intervalles se réduisirent à neuf jours.

OBSERVATION III.— De Moore (*Médico-Chirurgie*, Transac), 1872.

Jeune fille de 21 ans, aucun antécédent héréditaire ni personnel. Accès d'hydarthrose du genou droit, d'une durée de trois jours et revenant tous les 11 jours.

OBSERVATION IV. — De Burns Paul (Berlin, *Klin. Wochens*), 1872.

Femme de 28 ans. Durée de la maladie 10 ans. Les accès revenaient tous les 11 jours ; chaque accès durait six jours.

Le siège de l'affection était le genou gauche, puis pendant quelque temps les deux genoux. De 20 à 29 ans, gonflement du genou gauche, tous les 12 jours. Guérison avec la liqueur de Fowler et la teinture de quinine. Récidive de la maladie après vingt mois. La même médication donne une nouvelle guérison.

OBSERVATION V.— De Grandidier (Berlin, *Klin. Wochens*), 1872.

Homme 44 ans. La maladie qui intéressait le genou droit dura plusieurs années. Les accès revenaient tous les treize jours, chacun d'eux durait six jours. Il y eut une amélioration aux eaux de Neundorf.

OBSERVATION VI.—De Grandidier (Berlin, *Klin. Wochens*), 1872.

Femme de 47 ans. La maladie serait attribuée à une foulure ; elle dura quatre mois. Les accès revenaient tous les onze jours et

chacun d'eux durait cinq jours. Il y eut amélioration avec 1 gramme de quinine pris un jour avant l'accès. La malade n'a jamais eu de malaria.

OBSERVATION VII. — De Löwenthal (Berlin, *Klin. Wochens*), 1874.

Dame de 36 ans, pas d'antécédents marméatiques, léger bégaiement. Tous les treize jours, sans accès fibrile, sans douleur, un épanchement survient dans les deux genoux qui augmente pendant trois ou quatre jours, puis diminue, cessant complètement après sept jours d'état.

La marche est possible sur un terrain uni, la montée et la descente sont difficiles. L'épanchement est le même, qu'il coïncide ou non avec les règles.

Cette observation est suivie des réflexions suivantes :

Histologie : développement anormal des franges synoviales.

Traitement : Cautérisation au fer rouge sur les deux genoux, suivie de suppuration. Quinine.

La malade, revue onze mois après, continuait la quinine ; il n'y avait plus de liquide, mais un peu de raideur dans les articulations.

OBSERVATION VIII. — De Roser (*Centralblatt f. Chirurgie*), 1874.

Homme, 17 ans. La maladie dure depuis plus de deux ans. Les accès reviennent tous les huit jours, chacun d'eux dure de deux à quatre jours. Les deux genoux sont pris simultanément ou alternativement. Sensibilité et élévation de température insignifiantes. Etat général bon. Pas de succès thérapeutique.

OBSERVATION IX. — De Bylicki (*Prjeglád, Lekarsi*), 1874.

Homme, 31 ans. La maladie est attribuée à un traumatisme. Elle dure depuis un an. Les accès reviennent tous les treize jours. Chacun d'eux dure cinq à six jours. L'épanchement devient chronique.

OBSERVATION X. — De Le Dentu. (*Thèse de Réjou 1877*)

M. G..., 23 ans. Il y a sept ans, hydarthrose intermittente du genou. Cinq ans plus tard, le malade éprouve pendant une année, à intervalles réguliers, des douleurs dans la cuisse, l'aine et le genou. Les mouvements de la hanche étaient gênés. Il y avait sans doute hydarthrose intermittente de cette articulation ; il subsiste encore une certaine gêne dans cette jointure, mais peu de douleurs. A la suite de fatigues, il y a eu du gonflement péri-malléolaire et douleurs assez vives dans les articulations tibio-tarsiennes, qui présentent encore de la gêne dans les mouvements, et des douleurs. Le malade a les pieds plats et présente les attributs d'un tempérament lymphatique.

Actuellement, hydarthrose du genou droit, qui dure douze jours, (augmente quatre jours, maximum trois jours, diminution quatre à cinq jours) ; trois jours de répit, puis nouvel accès de onze à douze jours ; répit, puis nouvel accès, toujours très régulier.

Une seule fois, cette périodicité a été modifiée par l'application d'un vésicatoire ; la période d'état s'est prolongée jusqu'à six jours. Après l'application d'une bande dextrinée, l'épanchement se reproduit, mais moins considérable ; il disparaît presque complètement après quatre raies de feu autour du genou. Le malade sort avec une différence de moins de un centimètre entre le volume des deux genoux.

OBSERVATION XI. — Rejou (*Thèse, Paris 1877*)

M. X... Une attaque d'hydarthrose intermittente du genou soignée par Nélaton, qui accueillit, non sans une certaine incrédulité, le dire du malade. Il lui donna du sulfate de quinine qui suspendit les accès pendant trois ans. La maladie reparut avec les mêmes caractères, mais cette fois la quinine resta sans résultat.

Toutes les trois semaines, le genou se tuméfie et devient douloureux, puis au bout de quelques jours ces phénomènes disparaissent. A la palpation, on constate un peu d'épanchement synovial. Le malade ne s'étant présenté qu'une fois à la consultation de

M. Verneuil, il n'a pas été possible d'avoir plus de détails sur une si singulière affection.

OBSERVATION XII. — de Panas (*Société de Chirurgie de Paris* 1878).

M^{lle} X..., 22 ans. Bonne santé habituelle, rien dans les antécédents. Il y a cinq ans, grossesse normale ; six mois après, une tuméfaction des deux genoux indolore avec un peu de gêne dans les mouvements. Le gonflement dura trois ou quatre jours et disparut. Retour des mêmes phénomènes tous les quinze jours pendant quatre ans. Pas de paludisme. En dehors des accès, les genoux sont normaux, pas de gêne dans les mouvements. Les accès disparurent dans les quatre mois d'une grossesse qui se termina par une fausse couche.

Quinze jours après retour des accès.

Les règles sont régulières, sans influence sur les hydarthroses. Pas d'ovarie, pas de troubles de la sensibilité ; présente cependant un certain nombre de caractères du tempérament hystérique, mais surtout arthritique : eczema, arthrite sèche.

OBSERVATION XIII. — de Seeligmuller, de Halle (*Deutsch. med. Woch.* 1880.

L'auteur fait précéder son observation de quelques remarques. Surtout il considère la pathogénie de l'affection qu'il croit être d'ordre vaso-moteur.

Homme robuste, 47 ans. Hérité nulle. Antécédents nerveux et paludiques. En 1846, fièvre nerveuse avec chute de cheveux. En 1849, pneumonie avec fièvre gastrique. En 1853, jaunisse.

Début des accidents par la hanche droite et le genou gauche, en 1854, accès tous les douze jours. L'affection guérit spontanément. En 1861, retour des accès au genou gauche, se répétant tous les douze jours pendant trois mois, puis nouvelle guérison qui dura quatre ans.

En 1865, nouveaux accès tous les douze jours jusqu'au printemps 1866. Récidive en 1872. En 1875, l'affection se limite à la hanche

droite ; tension puis gonflement en vingt-quatre heures, six jours après plus rien. Le deuxième accès survient douze jours après le premier. Douleurs assez vives, En 1876-77 le mal était supportable. En 1878, la douleur envahit la hanche gauche. En juillet 1879, reprise des accès dans le genou gauche qui était indemne depuis sept ans. Les accès ont toujours eu lieu tous les douze jours.

Dans l'intervalle des accès, bonne santé ; mais au moment des paroxysmes, anorexie, malaises, sans fièvre cependant ; la douleur seule empêchait les mouvements.

Traitement inutile à Marienbad et à Teplitz : appareils inamovibles, électricité, séton, injections de morphine, tout à été employé sans résultats. Le malade marié, sans enfants, mène une vie modérée. Il souffre depuis deux ans de catarrhe chronique de la gorge et d'un catarrhe sec des bronches avec crise d'asthme. Souvent, avant l'accès, mauvaise odeur de la bouche qui disparaît avec l'accès. Pendant l'accès, la peau autour de l'articulation est lisse, brillante, sans rougeur. En dehors des accès, le genou gauche est toujours un peu plus gros que le genou droit.

OBSERVATION XIV. — de Landrieux (1881)

Enfant de 4 ans. Eprouvait des douleurs dans la hanche, revêtant la forme de l'accès de fièvre intermittente, forme tierce ; a guéri sous l'influence de la quinine.

OBSERVATION XV. — Fiedler (*Deutsche méd. Woch*), 1881.

Femme de 25 ans, douleurs et gonflement du genou gauche : appareil plâtré, guérison en six mois.

L'hiver suivant 1875, chute sur le genou et gonflement. En été 1876 le gonflement se reproduisit tous les neuf jours et les accidents continuèrent en s'espacant jusqu'au printemps 1877. Nouveaux accès en 1878. En octobre 1879, nouvelle périodicité. Le gonflement débute le 11^e jour, a son maximum le 12^e, et disparaît le 13^e. Ces manifestations durèrent jusqu'en 1880 ; alors la malade garda le lit.

Pendant l'été, nouvelles atteintes ; guérissant après cinq semaines

avec appareils inamovibles. Les muscles atrophiés reprennent leurs dimensions primitives.

OBSERVATION XVI. — Kolbe (*Deutsche Med. Woch.*), 1831.

Marie N..., 11 ans, souffre depuis 2 ans de gonflement subit des articulations ; les accès, séparés d'abord par plusieurs semaines d'intervalle, se sont rapprochés peu à peu davantage. Depuis février 1880 la malade ne peut plus aller à l'école.

La périodicité n'obéit pas à une règle précise comme dans d'autres observations. Il est rare que deux jointures soient prises ensemble au moment d'un accès. On a essayé le salicylate de soude, l'arsenic, le sulfate de quinine, sans succès. Le 18 août 1880, courants galvaniques à la nuque ; les accès s'éloignent et diminuent d'intensité.

OBSERVATION XVII.— Pierson (*Deutsche Med. Woch.*), 1881.

Femme à 12 ans, première hydarthrose du genou gauche. La durée de l'accès était de 3 jours, les intervalles de 12 jours.

A 14 ans, les autres articulations se prennent successivement. A 20 ans, en 1871, accès tous les 10 jours avec toutes les articulations envahies.

En février 1872, amélioration. Du 15 juin 1876 au 31 mars 1877, séjour à l'hôpital. Elle eut 33 accès revenant en moyenne tous les 10 jours, débutant par la hanche droite.

Les accès étaient augmentés par l'apparition des règles.

Pour l'auteur, il s'agit d'une névrose articulaire avec phénomènes de vaso-dilatation.

OBSERVATION XVIII. — Von Brinken (Berlin, *Kin. Woch.*), 1889.

Femme scrofuleuse, 25 ans : hydropisie des deux genoux revenant tous les 12 jours et disparaissant après 2 ou 4 jours.

L'affection a débuté vers l'âge de 14 ans, elle est restée limitée

au genou droit jusqu'en janvier 1888 où le genou gauche a commencé à se prendre.

En 1886, Esmach lui a ponctionné et lavé l'articulation, mais le résultat n'a pas été durable.

Les deux genoux sont tuméfiés également, la rate est grosse.

La quinine supprime seulement un accès. L'arsenic semble retarder l'apparition des hydarthroses, qui ne reviennent plus que tous les 16 jours et sont moins considérables, puis les fait cesser entièrement. La rate diminue de volume. En revanche, il y a du prurigo des membres inférieurs.

L'auteur est partisan de la nature infectieuse de cette affection.

OBSERVATION XIX. — Grube (*Munch, Med. Woch.*), 1894.

Mme X..., anglaise, âgée de 33 ans, sans enfants, règles régulières depuis l'âge de 14 ans. Rhumatisante nerveuse, légère fièvre typhoïde comme antécédents. Accès réguliers de 1884 à 1888 ; la maladie cesse pendant 4 ans, grâce à des exercices de gymnastique raisonnés, puis une récurrence survient sans cause apparente. Accès tous les 11 jours, d'une durée de 3 jours : épanchement sensible, gélatineux, pas de fluctuation, pas de choc rotulien.

Traitement : saignée à Neunhar inutile.

L'auteur discute la possibilité d'une infection.

OBSERVATION XX. — Kennedy (*Journal Of the Amer. Med. Ass.*), 1894.

Journalier, âgé de 33 ans, de New-York, atteint depuis 4 ans d'une affection du genou droit : gonflement, œdème, douleurs exécrables exagérées par le mouvement, avec légère poussée fébrile. Santé générale conservée.

Chaque attaque dure de trois à cinq jours. Actuellement les attaques reviennent tous les trois ou quatre jours. Aucune impotence fonctionnelle ne se manifeste dans l'intervalle des accès.

OBSERVATION XXI. — Docteur Chauvet de Royat (Lyon médical 1895).

M. X..., homme de lettres, 35 ans environ. Rien à noter dans l'hérédité. Bonne santé antérieure, a part une syphilis assez grave en 1879 dont il ne reste plus de trace actuellement. Jamais de paludisme.

Depuis 1886, souffre de la maladie actuelle, qui a eu une marche continue avec quelques alternatives de mieux et d'exaspérations, sans jamais disparaître complètement.

Au début, le malade a vu se développer sans cause appréciable, connue, une hydarthrose des deux genoux sans phénomènes douloureux. Le malade ressentait une gêne dans les articulations qui l'empêchait de marcher vite, de monter et de descendre rapidement les escaliers. Cette hydarthrose, après avoir augmenté pendant deux ou trois jours, a diminué progressivement pour disparaître complètement. Il eut donc un accès avec période d'augment et période de décroissance. Le malade se croyait débarrassé, quand, trois jours après, il se produisit un nouvel accès avec les mêmes symptômes, la même durée. Depuis cette époque, le malade a constaté régulièrement, tous les neufs jours, un pareil accès. Comme je l'ai dit plus haut, il n'y eut que très peu d'irrégularité, soit comme durée, soit comme intensité de l'accès.

Les deux genoux furent pris simultanément au premier accès, mais cette simultanéité n'existe pas toujours. L'accès dure quelques heures de moins à droite qu'à gauche, par exemple, à l'accès suivant, le genou qui a été le premier libre se reprend avant l'autre, de telle façon que, si on traçait la courbe des accès des deux côtés, parallèles au début, ces courbes finiraient par se chevaucher ayant leurs maxima de plus en plus distants, si bien même que le malade a vu l'accès terminé dans un genou et être au maxima dans l'autre.

Nous avons examiné le malade pendant une période de maximum dans les deux genoux. Nous ne constatons ni rougeur ni douleur à la palpation et dans les mouvements restreints qui pouvaient être exécutés. Le gonflement des deux articulations est général, mais plus marqué dans les culs-de-sac supérieurs. Le liquide épanché paraît être épais, gélatineux, il est impossible d'obtenir le choc rotulien. A gauche, il y a une douleur sur le trajet du nerf sciatique. Elle n'est pas très vive, mais s'exaspère à la pression. Le

malade a souffert précédemment à droite sur le trajet du même nerf. Examiné pendant une période de minimum, l'articulation paraît normale, la sensibilité du sciatique gauche est moindre aussi.

Pendant la saison que le malade a fait à Royat, la marche de la maladie a été très régulière. Il avait auparavant fait sans succès ses cures à Dax, à Lamalon, à Barèges. J'ai eu des nouvelles récentes du malade. Royat aurait pour quelque temps remonté l'état général, sans modifier en rien la périodicité des hydarthroses.

Au mois d'octobre le malade a ressenti du lumbago, de la sciatique, des douleurs musculaires erratiques, des sensations de courbature très prononcée dans les mollets droit et gauche, et même dans la cuisse gauche. Il a fait, fin novembre, une nouvelle cure à Dax sans plus de succès que les précédentes. Il est actuellement à l'usage de l'iodure de potassium (3 gr. par jour). Une analyse d'urine faite en juillet 1894 donne les résultats suivants :

Ni sucre, ni albumine	
Quantité en 24 heures	720 cc.
Densité	1031
Urée	23,50
Acide urique	0,29
Acide phosphorique	2,04

Il faut ajouter que le malade a épuisé tout l'arsenal thérapeutique : analgésiques antipériodiques, électricité etc., le tout sans aucune espèce de résultats. L'auteur fait suivre cette observation de quelques recherches, et, au point de vue pathogénique, arrive par exclusion à songer à la possibilité d'une intoxication.

OBSERVATION XXII. — (Inédite) (recueillie dans le service de M. le D^r Monod, hôpital St-Antoine).

Mlle Marie, sans profession, âgée de 18 ans, entre salle Cruveilhér, lit n° 3, le 14 février 1896.

Née à Plonnevez Moedec, près de Guingan (Côtes-du-Nord), pays de nombreux marais et de fièvres intermittentes, où elle a contracté l'affection qui occasionne son entrée à l'hôpital.

Aucun accident héréditaire. Elle n'a eu aucune maladie anté-

rière, pas de fièvre intermittente, pas de rhumatisme ni de chorée. Régée à 13 ans sans aucun accident, bien réglée, n'a jamais souffert. Etat général excellent. L'examen de l'état de tous les organes ne décèle aucune tare pathologique.

À l'âge de 14 ans, il y donc trois ans et demi, la malade fait une chute ; son genou droit est frappé contre une pierre qui se trouvait sur le chemin, il se fait une plaie légère qui guérit facilement, sans que la malade dût, pour cela, garder le repos au lit.

Il n'y eut, à ce moment, aucun gonflement de l'articulation ; pas d'épanchement sanguin qui puisse être incriminé.

L'accident eut lieu en décembre 1891.

Deux mois après : février 1892, sans cause aucune, ni fatigue, ni nouveau traumatisme, sans douleur, sans fièvre, le genou droit a présenté un accès d'hydarthrose d'une durée de huit jours : avec période d'augment pendant deux jours, période d'état d'une durée de quatre jours, période de décroissance d'une durée de deux jours. La malade est restée au lit à cause de la gêne des mouvements, et, surtout, parce que son entourage était assez effrayé de voir son genou grossir ainsi ; la malade nous dit, en effet, que son genou était très enflé, mais que la marche ne lui était pas impossible, qu'elle ne souffrait pas dans les mouvements de flexion qui, cependant étaient assez limités.

Elle allait alors à l'école, qui était assez éloignée du village qu'elle habitait. Elle continua à marcher bien, le genou revenu normal pendant une quinzaine de jours, lorsqu'un nouveau gonflement articulaire se produisit dans ce même genou droit. Cette hydarthrose survint sans cause aucune. Elle eut une durée de huit jours, avec ses trois périodes, comme la précédente ; mais le gonflement fut peut-être moins accusé ; du reste la malade ne garda pas le lit un seul instant, et continua à faire le trajet journalier pour se rendre à l'école.

Il en fut ainsi pendant neuf à dix mois ; la malade ne peut préciser la date exacte des accès, ni la durée de cette première atteinte de la maladie, mais elle a remarqué nettement que deux fois par mois, à intervalles égaux, son genou enflait subitement, l'accès durant toujours huit jours avec ses périodes égales. A ce moment, elle gardait quelquefois le repos au lit non à cause de la douleur

qui était nulle, l'impotence fonctionnelle n'étant pas non plus complète, mais il existait un peu de gêne des mouvements, et, comme le trajet à faire était assez fatigant, elle avait peur d'aggraver son mal. Dans l'intervalle des accès, le genou droit était peut-être un peu plus gros que l'autre, mais d'une augmentation de volume peu appréciable; du reste, la gêne fonctionnelle était presque nulle.

Quoique la malade ne puisse préciser exactement les dates des accès et la durée des intervalles, nous croyons avoir nettement un cas d'hydarthrose intermittente, caractérisé par des accès d'une durée de huit jours avec des intervalles de quatorze à quinze jours entre deux accès successifs.

Après neuf à dix mois d'accès ainsi réguliers, tout semble se calmer, ou, du moins, les accès sont beaucoup moins nets; la malade, à cette époque, garde le repos en restant dans la maison, non à cause de son affection, mais parce qu'elle n'était plus tenue de marcher pour aller à l'école, et qu'elle restait plutôt assise que debout ou en marche.

Il y a douze mois, en février 1895, la maladie, sans aucune cause, revint avec un accès absolument semblable à celui qu'elle avait eu trois années auparavant. Alors, la malade remarqua nettement que, comme à la première atteinte, son genou droit, toujours le même, restait enflé pendant quatre jours, avec deux jours de période d'augment, puis une diminution de deux jours : l'accès d'hydarthrose revenait avec sa durée première, accompagné des mêmes signes, sans autre atteinte dans l'état général. Cet accès fut suivi d'un répit de quinze jours, puis un nouvel accès et ainsi de suite. A cette deuxième atteinte du mal la marche était un peu gênée pendant les accès; mais la malade ne se souvient pas avoir dû garder le lit, soit à cause de la douleur, soit à cause de la fatigue.

Cette nouvelle période de la maladie dura jusqu'en septembre 1895. Depuis ce moment, la malade ne souffrait plus. Elle quitte son pays pour venir à Paris en qualité de femme de chambre, en décembre 1895.

Le traitement suivi, durant le temps où elle eut ces deux atteintes du mal, fut nul : cataplasmes de fécule appliqués le soir lorsque la malade était au lit et encore très irrégulièrement. Un médecin fut appelé à donner ses soins au début de l'affection, au moment

du premier accès qui dura huit jours ; lorsqu'il revint voir la malade, tout avait cessé ; il la crut guérie, elle ne se fit plus soigner, car elle n'avait pas besoin de travailler ; elle se soignait par le repos seul lorsque son hydarthrose l'arrêtait, ce qui, du reste, était très rare.

Il y a quatre jours, par conséquent le 10 février, après être restée une heure sur les genoux pour laver un plancher, la malade, alors domestique, fut prise d'un nouvel accès, et, comme elle craignait une impotence fonctionnelle et surtout des accès répétés périodiquement, comme elle en avait eu en 1892 et en 1895, elle entra à l'hôpital, non que son mal la gênât beaucoup, mais parce qu'elle avait peur de ne pas pouvoir faire un travail un peu pénible. Elle ne pouvait en effet rester debout pendant longtemps sans éprouver un peu de lassitude.

Etat actuel. A l'examen local, nous voyons une tuméfaction assez prononcée du genou droit ; la fluctuation est évidente dans l'article, le choc rotulien net. Ce sont surtout les culs-de-sac supérieurs de la synoviale qui sont tendus et fluctuants, la fluctuation se renvoyant nettement des culs-de-sac supérieurs à la rotule et de la rotule aux culs-de-sac supérieurs. Aucune rougeur à la peau, aucune douleur à la pression.

L'examen du membre inférieur correspondant nous montre une sensibilité normale en tous ses points ; la douleur est nulle, pas d'élévation de température au niveau de l'article, les mouvements d'extension sont complets, ceux de flexion, un peu limités. Le pied n'arrive pas à toucher la région fessière, mais la jambe se plie à angle assez aigu, sans aucune douleur.

Il n'y a pas d'atrophie du triceps, pas de troubles trophiques de la peau ni de ses accessoires : poils, ongles, glandes sudoripares.

Ce fait nous frappe ; aussi le recherchons-nous avec beaucoup de soins, car avec une hydarthrose aussi accentuée, qu'elle soit aiguë ou chronique, il y aurait certainement atrophie musculaire.

Nous interrogeons alors la malade pour savoir si, au moment des autres accès, sa cuisse était ordinairement diminuée de volume ; elle nous dit ne l'avoir jamais remarqué ; du reste les fonctions du membre ont toujours été conservées, quelle que soit la quantité de

l'épanchement qui ait eu lieu dans le cours des nombreux accès périodiques.

Nous avons cru utile de prendre les mensurations des deux genoux. La comparaison des chiffres montrera plus facilement que toute description le degré de l'épanchement.

Mensuration des genoux :

A) Genou droit malade.

- 1° Au niveau du milieu de la rotule et du milieu du pli de flexion 38 centimètres.
- 2° Au niveau du cul-de-sac tricipital de la synoviale 41 centimètres.
- 3° Au niveau du tendon rotulien 34 centimètres.

B) Genou gauche sain.

- 1° Au niveau du milieu de la rotule et du milieu du pli de flexion 33 centimètres.
- 2° Au niveau du cul-de-sac tricipital de la synoviale 34 centimètres.
- 3° Au niveau du tendon rotulien 31 centimètres.

Nous avons aussi pris la mensuration de la cuisse à douze centimètres au-dessus du point saillant du condyle interne du fémur, et nous avons obtenu comme circonférence :

- A) Cuisses droite du côté du genou malade. 40 centimètres.
- B) Cuisses gauche saine. 40 centim. 1/2.

Ces chiffres nous semblent assez éloquents, surtout pour ce qui est du développement du cul-de-sac tricipital où nous observons une différence de 7 centimètres entre la circonférence des deux genoux.

Ils nous montrent, aussi, nettement qu'il n'y a pas d'atrophie sensible des muscles de la cuisse.

Nous avons recherché si une autre articulation était atteinte, nous n'avons absolument rien trouvé, nul trouble dans aucun organe examiné en particulier, pas de névroses ni de troubles menstruels. Etat général parfait, la malade étant robuste et parfaitement constituée.

L'examen des sécrétions ne nous a rien donné de spécial ; les urines ne contenaient ni albumine, ni sucre. La quantité était de 800 centimètres cubes par jour environ, l'urée de 24 grammes, la densité 1,03.

Comme l'hydarthrose semble à son apogée (nous sommes au deuxième jour de la période d'état), M. le docteur Monod se décide, au lieu de tenter tout moyen médico-chirurgical, à pratiquer l'incision de l'articulation.

Arthrotomie. — Le 18 février, la malade est anesthésiée au chloroforme. Le genou aseptisé, brossé au savon, passé à l'alcool, à l'éther, puis à l'oxycyanure de mercure, seul liquide employé comme antiseptique dans le service de notre maître.

Une grande incision, de 0,10 centimètres de longueur, est pratiquée sur le côté externe du genou ; aucun muscle n'est rencontré. L'incision se fait, couche par couche, jusque près de l'articulation. Alors, l'aide refoule le liquide du côté externe en pressant sur le cul-de-sac tricépal et sur la rotule ; sur ce point saillant, l'article est ponctionné avec le bistouri, il s'écoule du liquide de la synoviale en grande quantité : 150 grammes environ, qui est pippé pour l'examen bactériologique, recueilli pour l'examen chimique.

La plaie est agrandie aux ciseaux : elle comprend toute la hauteur du bord externe de la rotule et du cul-de-sac supérieur.

Une contre-ouverture est pratiquée sur le côté interne de l'articulation, le doigt introduit dans l'article et servant de conducteur.

L'articulation est séchée aux tampons secs.

L'examen montre alors une surface lisse ; aucune frange sailante de la synoviale n'est aperçue ; les surfaces cartilagineuses semblent lavées, mais ne présentent aucune lésion.

Toutes ces parties sont touchées au naphthol camphré, puis la contre-ouverture interne est complètement suturée, un drain est placé dans l'ouverture externe.

Pansement sec, gouttière en fil de fer avec un peu de compression. Le drain est supprimé le 4^e jour, les fils le 10^e jour après l'intervention. Un nouveau pansement est placé avec une large compression. Il est laissé en place pendant quinze jours ; lorsqu'il est enlevé, les plaies sont absolument cicatrisées. Les mouvements

de flexion du genou sont un peu douloureux, mais se font facilement, il n'y a pas trace de liquide dans l'article.

Voici du reste la mensuration des genoux à ce moment :

A) genou droit opéré :

1° au niveau du milieu de la rotule et du milieu du pli de flexion	34 centimètres
2° au niveau du cul-de-sac tricipital de la synoviale	36 —
3° au niveau du tendon rotulien	31 —

En comparant les mensurations avant et après l'opération, il y a donc comme différence :

1° 34 centimètres au lieu de 38	
2° 36 — — — — — 41	
3° 31 — — — — — 34.	

Le genou droit est encore un peu plus volumineux que le genou sain, mais cette légère différence peut être mise sur le compte de l'irritation de la synoviale produite par l'action du naphthol camphré ; elle disparaîtra par le massage.

Durant le traitement, la malade n'a pas eu la moindre élévation de température.

La malade reste dans le service durant tout le mois d'avril, elle n'a pas eu de reproduction de liquide ; la souplesse de l'articulation est complète à son départ, le 28 avril. Après un séjour au Vésinet, elle peut reprendre sa place de domestique.

Revue le 20 juin, il n'y a plus eu d'accès d'hydarthrose intermittente, plus de trace de liquide dans l'articulation ; la malade se considère comme guérie.

Le liquide retiré du genou a été examiné par M. le Dr Macaigne, chef du laboratoire de M. le Dr Monod. Lesensemencements sur bouillon et sur gélatine, pas plus que l'examen direct, n'ont rien donné.

Au point de vue chimique, le liquide contenait surtout de l'albumine coagulable par la chaleur, un peu de mucine et de chlorure de sodium. Cette analyse est due à M. Menu, interne en pharmacie du service. Elle n'indique rien de bien spécial, ressemblant à ce que donne ordinairement le liquide de l'hydarthrose vulgaire.

CONCLUSIONS

I. — L'hydarthrose intermittente est une affection caractérisée par la présence d'un liquide séreux dans la synoviale d'une ou plusieurs articulations ; le liquide se produisant sans cause déterminante appréciable, par périodes régulières, donnant lieu à des accès d'une durée égale entre eux, les intervalles entre les accès aussi égaux entre eux, tout cela sans accidents appréciables dans l'état général du malade.

II. — Au point de vue étiologique, on note dans les antécédents : le traumatisme, l'impaludisme, l'arthritisme. La maladie semble influencée par la grossesse, qui peut jouer, dans certains cas, le rôle de cause prédisposante.

III. — Anatomie pathologique : l'examen du liquide de la synoviale ne donne rien, ni au point de vue histologique, ni au point de vue bactériologique qui diffère de ce que l'on trouve dans l'hydarthrose ordinaire non symptomatique.

IV. — Plusieurs théories ont été émises pour expliquer ces phénomènes. Nous pouvons les classer ainsi :

- 1° théorie paludique ;
- 2° théorie de l'arthritisme ;
- 3° théorie nerveuse ;
- 4° théorie de l'infection ;
- 5° théorie de l'intoxication.

Nous pencherons du côté de cette dernière, et, hypothèse pour hypothèse, puisqu'aucune théorie ne peut avoir jusqu'ici une base scientifique solide, nous admettrons que l'hydarthrose intermittente semble être sous l'influence d'une intoxication locale primitive, due probablement à des toxines sécrétées par des micro-organismes, toxines qui localisent leur action au niveau des séreuses articulaires ; le caractère d'intermittence pouvant être acquis par

la réceptivité du sujet et surtout à cause du climat maremmatique où il séjourne. Cette dernière influence n'étant pas la cause directe, mais pouvant imprimer un caractère spécial à la marche de la maladie.

V. — Au point de vue symptomatologique, deux facteurs sont à étudier : l'hydarthrose et l'intermittence.

L'hydarthrose peut frapper plusieurs articulations, ensemble ou séparément. Ce sont les genoux qui sont le plus souvent atteints, puis la hanche, la tibio-tarsienne. Les signes sont ceux d'une hydarthrose ordinaire ; mais ce qu'il y a de particulier, c'est qu'il n'existe pas d'atrophie du triceps.

L'intermittence se caractérise par des accès et des intervalles entre les accès.

Les accès se composent de 3 périodes : d'augment, d'état et de décroissance. Chaque période dans l'accès, chaque accès ont une durée régulière chez chaque malade pris isolément ; il en est de même pour les intervalles entre les accès ; de sorte que, chez un même malade, les accès sont tous d'une durée égale dans le cours de la maladie, mais les durées sont différentes chez deux ou plusieurs malades différents.

Quelques variations peuvent néanmoins exister, soit sans cause, soit sous l'influence d'un traitement ou d'une cause physiologique : règles, grossesse.

VI. — La marche de la maladie se compose souvent d'alternatives de guérisons et de rechutes, mais qui n'ont aucun caractère de périodicité.

VII. — La durée est indéterminée.

VIII. — La terminaison par la guérison est rare, la maladie est essentiellement chronique ; bien plus, les diverses rechutes montrent que, lorsque le malade se croit guéri, il est toujours exposé à un nouveau retour du mal.

IX. — Le pronostic est donc relativement sérieux ; la maladie ne met pas la vie en danger, mais le malade est impotent ; c'est une infirmité fort gênante.

X. — Le diagnostic est facile si les antécédents sont nets ; difficile lorsque l'on a affaire à des malades qui ne savent pas s'observer. On doit rechercher les signes de l'affection, et y songer dans

les cas d'hydarthroses à répétitions. C'est surtout avec ces dernières qu'il ne faut pas confondre l'hydarthrose intermittente. L'hydarthrose à répétition n'est qu'une poussée aiguë dans le cours d'une affection chronique, survenant sans aucune régularité dans sa marche; le plus souvent, elle est symptomatique d'une diathèse ou d'une maladie locale; ce qui fait le caractère spécial de l'hydarthrose intermittente, c'est sa périodicité, avec état général absolument indemne de toute tare pathologique.

Le traitement médical a donné peu de succès; le traitement chirurgical, l'arthrotomie, nous semble, seule, pouvoir donner d'excellents résultats.

Elle doit être pratiquée au moment de la période d'état d'un accès autant que faire se peut, au début de l'affection ou au début d'une rechute.

Elle doit consister en une ouverture large, avec contre-ouverture, cautérisation au naphthol camphré suivie de drainage.

Le massage consécutif, pratiqué peu de temps après l'arthrotomie, est un adjuvant précieux.

Ce traitement est surtout facilement applicable lorsque l'affection est localisée aux genoux, soit à un seul, soit aux deux, comme c'est du reste la règle ordinaire.

Vu le Doyen,	Le Président,
BROUARDEL.	PAUL BERGER.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur
de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- CANONNE. — Thèse de Paris, 1867.
- CH. H. MOORE. — Medico chirurgic Transact. L, 1872.
- BURNS PAUL. — Berliner Klinische Wochenschrift, 1872.
- GRANDIDIER. — Berl. Klinische Wochen, 1872.
- LOEWENTHAL. — Sch. Enkran Kungsform des Hydrops genu intermittens : Bresch Société de Bonn.
Berl. Klin. Wochens, 1874.
- ROSER. — Centralblatt f. Chirurgie, 1874.
- BYLICKI. — Prjeblad Lekarsi, 1874.
- REJOU. — Thèse de Paris, 1877.
- PANAS. — Société de chirurgie de Paris, mars 1878.
- SEELIGMULLER. — Hydrops articulorum intermittens Deutsche Med. Woch., 1880.
- LANDRIEUX. — France Médicale, 1880.
- FIELDER. — Zur Casuitik der typischen Gelenkranschwellung Deutsche Med. Woch., 1881.
- KOLBE. — Fall von intermittin der Gelenkrans... Deutsche Med. Woch., 1881.
- PIERSON. — Zur Kenntisch des Hydrops articulorum intermittens. Deutsche Med. Woch., 1881.
- GERVAIS DE ROUVILLE et DONNET. — De l'arthrotomie dans les épanchements non purulents du genou. Archives de Médecine, 1894.
- OTTOMAN ROSENBAACH. — Zur therapie und Diagnostik des Hydrops genu intermittens.
Centralblatt für Nervenheilt, 1886.

- R. H. PIERSON. — Du traitement de l'hydropisie intermittente des articulations.
Centralblatt für Nervenheilk, 1886.
- VON BRINCKEN. — Befkay Zur therapie des Hydrops articulorum
Berl. Klin. Woch., 1889.
- GRUBE. — Hydrops articulorum intermittens.
Münch. Med. Woch., 1894.
- KENNEDY. — Hydrops articulorum intermittens report of a case.
Journal of the amer. Med. assoc., 1894.
- CHAUVET. — De l'Hydarthrose intermittente. Lyon médical, 1895.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	5
Considérations générales, historique et définition.....	8
Etiologie.....	13
Anatomie pathologique.....	15
Pathogénie.....	19
Symptomatologie.....	25
Etude de l'hydarthrose.....	28
Etude de l'intermittence.....	29
Accès, sa durée.....	34
Intervalles entre les accès.....	36
Marche.....	39
Durée, terminaison.....	42
Pronostic.....	43
Diagnostic.....	43
Traitement.....	44
Médical.....	44
Chirurgical.....	48
Interventions non sanglantes.....	49
Interventions sanglantes.....	49
Arthrotomie.....	51
OBSERVATIONS.....	57
CONCLUSIONS.....	73
Index bibliographique.....	76

